[z.6]

LWOWSKIEJ KLINICE CHORÓB DZIECI

W DNIU JEJ OTWARCIA

Z ŻYCZENIEM ROZKWITU KU CHLUBIE NAUKI POLSKIEJ I KU POŻYTKOWI SPOŁECZEŃSTWA

SKŁADA

REDAKCYA

16 PAŹDZIERNIKA 1909.

Z oddziału Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego szpitala „Anny-Maryi“ dla dzieci w Łodzi.

Leczenie czynnościowe popłoniczego zapalenia nerek u dzieci.

Napisał

Dr Władysław Schoenaich,

lekarz pawilonów dla chorób zakaźnych.

Leczenie czynnościowe, którego ogólne zasady Chałubiński podał już w 1874 r., od lat kilkunastu święci swe tryumfy przy leczeniu chorób serca, a w ostatnich czasach, dzięki dopiero licznym badaniom nad czynnością nerek w stanie choroby, mogło znaleść zastosowanie przy leczeniu chorób nerek.

Współczesne leczenie zapalenia nerek, to leczenie czynnościowe, mające za zadanie poprawienie czynności chorego narządu.

W pracy [1]), ogłoszonej w r. 1907, streściliśmy wyniki licznych doświadczalnych i klinicznych badań z dziedziny fizyopatologii nerek i omówiliśmy krytycznie różne dotąd stosowane metody leczenia ostrego zapalenia nerek. Celem zaś niniejszej pracy, stanowiącej uzupełnienie tamtej pracy dawniejszej, jest podanie wyników leczenia 150 przypadków ostrego zapalenia nerek za pomocą metod, stosowa-

[1]) Schoenaich — O zapaleniu nerek w przebiegu płonicy — Czasopismo lekarskie — 1907 — Tom IX, str. 239—247 i str. 284—304. Tosamo w streszczeniu po niemiecku w »Blätter für klin. Hydrotherapie«, 1908.

nych przez nas już od 3 lat na oddziele płoniczym w szpitalu »Anny-Maryi« dla dzieci w Łodzi. Dlatego też obecnie tylko w krótkich zarysach podamy teoretyczne zasady leczenia ostrego zapalenia nerek.

Podczas ostrego zapalenia nerek wydzielają się w niedostatecznej ilości przedewszystkiem składniki, powstające z rozkładu białka, a mianowicie mocznik, siarczany i substancye wyciągowe — kreatynina, barwniki; następnie przy tych postaciach zapalenia nerek, które szybko prowadzą do występowania obrzęków, a więc przedewszystkiem przy ostrych miąższowych zapaleniach nerek ze szczególnem zajęciem cewek krętych i kłębków, do których w pierwszym rzędzie należy, jak wiadomo, popłonicze zapalenie nerek, źle wydzielają się chlorki; wreszcie przy niedostatecznem wydzielaniu się chlorków dla rozcieńczenia zatrzymanych chlorków w celu zachowania równowagi cząsteczkowej, szczególniej w początkowych okresach zapalenia przy tworzeniu się obrzęków, występuje zatrzymanie się wody w ustroju.

Leczenie czynnościowe ostrego zapalenia nerek powinno więc mieć za zadanie:

1) Wprowadzanie do ustroju w celu oszczędzania chorego narządu o ile można najmniej takich składników, które są źle przez nerki podczas ostrego zapalenia wydzielane.

2) Przyspieszanie wydzielania tych składników z ustroju.

Co do pierwszego punktu, to dyeta chorych na ostre zapalenie nerek powinna zawierać mało białka i chlorków resp. soli kuchennej. Tym warunkom odpowiada mleczno-roślinna dyeta bez soli kuchennej. Podawaliśmy naszym chorym mleko czyste z bułką, lub najczęściej w postaci różnych zup mlecznych w ogólnej ilości, nie przewyższającej 1 litra na dobę; drobne kaszki: owsianą, jęczmienną, jaglaną, ryż, różne jarzyny, marchew w purée, purée z kartofli, zupy kartoflane postne, kluski, zacierki na wodzie, zupy owocowe, pieczywo

suche lub smarowane masłem. Przytem wszystkie potrawy i pokarmy były przyrządzane bez soli i nawet pieczywo było przygotowywane specyalnie dla chorych płoniczych bez domieszki soli kuchennej.

Dyeta bezsolna, jako środek leczniczy, wskazana jest głównie w początkowym okresie zapalenia nerek, gdy waga ciała zwiększa się, występują obrzęki; w końcowym zaś okresie zapalenia nerek, w okresie zdrowienia, gdy już obrzęki dawno znikły, waga ciała zmniejszyła się, mocz zostaje wydzielany w prawidłowej, lub nawet w zwiększonej ilości, jednem słowem, gdy już nastąpiło czynnościowe wyleczenie zapalenia nerek, dyeta zawierająca mało soli kuchennej traci swą leczniczą wartość, gdyż w tych przypadkach, jak to wykazały badania Grünera i Schicka[1]), nawet dodatek soli nie zdoła wstrzymać zmniejszenia się wagi ciała i wzmożonego wydzielania się chlorków (Pleiochloruria).

Wobec jednak tego, że omówiona dyeta, zawierająca mało soli kuchennej, lecz zawierająca niezbędną fizyologicznie ilość chlorków, szkodzić nie może, przeciwnie dzięki swej obfitości i urozmaiceniu przyczynia się do szybkiej poprawy ogólnego stanu chorych, stanu ich odżywienia, to dyeta ta może być z pożytkiem stosowana przez cały czas trwania zapalenia nerek, nie mówiąc już nic o tem, że przy takiej dyecie chronimy zmieniony nabłonek nerkowy od szkodliwego wpływu nadmiernej ilości chlorków.

Ilość płynów podczas ostrego zapalenia nerek powinna podlegać również pewnej regulacyi i w początkach zapalenia, gdy występuje zatrzymanie się wody w ustroju, a ilość dobowa moczu zmniejsza się wybitnie, należy ograniczyć do pewnego stopnia ilość płynów w dyecie chorych. $1^1/_2$—$1^3/_4$ litra wody jest to, podług obliczeń Noor-

---

[1]) Grüner und Schick — Zeitschrift für klin. Medicin — Tom 67, Zeszyt 5 i 6 — 1909.

dena, niezbędna ilość dla człowieka dorosłego podczas ostrego zapalenia nerek. W dyecie naszych chorych jest to uwzględnione. Podawaliśmy naszym chorym około 500 grm czystego mleka (prócz zup mlecznych). Otóż w początkowym okresie zapalenia nerek te 500 grm. chorzy otrzymymywali w kilku porcyach, któremi gasili pragnienie, przytem przestrzegaliśmy, aby czystej wody pili jak najmniej. Dyeta bezchlorowa, nie podniecając pragnienia, ułatwia ograniczenie płynów. W dalszym zaś przebiegu choroby, gdy czynność wydzielania nerek polepsza się o tyle, że chorzy wydzielają prawidłowe ilości moczu, ograniczenie wody nie ma dostatecznych podstaw, gdyż niema, jak mówi Noorden, potężniejszego, niż woda, środka moczopędnego.

Co do drugiego punktu, to wywołać przyspieszenie wydzielania zatrzymanych składników można za pomocą dwóch środków: 1) przez wzmożenie wydzielniczej czynnności nerek, 2) przez wywołanie dodatkowego wydzielania tych substancyi poza nerkami przez inne drogi.

Dotąd przy leczeniu ostrego zapalenia nerek posługiwano się tylko drugim środkiem: dążono do wywołania zastępczego wydzielania przez wzmożenie czynności wydzielniczej innych narządów, a szczególniej skóry i jelit, stąd leczenie napotne (ciepłe kąpiele, zawijania w koce, kąpiele ciepłe powietrzne, kąpiele elektryczne) i odciągające za pomocą środków czyszczących.

Przy wzmożonem poceniu się wydzielają się z ustroju znaczne ilości wody, co się zaś tyczy składników stałych, pierwiastków trujących, to wraz z potem wydzielają się tylko nieznaczne ich ślady. Leczenie więc napotne, jest to leczenie objawowe obrzęków. Obecnie posiadamy dla odwodnienia ustroju o wiele łagodniejsze środki, niż zabiegi napotne, przedewszystkiem dyetę bezchlorową i kąpiele przedłużone, o których będzie mowa niżej, więc stosowanie zabiegów napotnych powinno być

ograniczone do bardzo wybitnych obrzęków, które, wywołując bolesne napięcie skóry i uciskając naczynia, utrudniają krążenie krwi. Zalecanie zaś zabiegów napotnych, jak to czyniono prawie powszechnie do ostatnich czasów przy niewielkich obrzękach, lub przy zupełnym ich braku podczas całego przebiegu ostrego zapalenia nerek, nie ma podstaw, gdyż nie wywierają one jakiegoś swoistego wpływu na samą sprawę zapalną w nerkach, na białkomocz.

To samo można powiedzieć o leczeniu odciągającem. Przy wzmożonej wydzielniczej czynności jelit możemy wprawdzie wraz z licznymi, wolnymi stolcami wydzielić pewną ilość wody, lecz o wyługowaniu z ustroju zatrzymanych pierwiastków niema mowy, gdyż wraz ze stolcami nie wydzielają się one zupełnie, lub tylko w minimalnych ilościach.

Stosowanie więc środków przeczyszczających powinno być jeszcze bardziej ograniczone, niż stosowanie zabiegów napotnych. Podawaliśmy naszym chorym środek czyszczący (inf. Sennae comp.) w celu wywołania 2—3 wolnych wypróżnień tylko w początkowym okresie zapalenia nerek, gdy ilość moczu bywa wybitnie zmniejszona; w dalszym przebiegu dbaliśmy tylko o regularny codzienny stolec i w razie zaparcia wywoływaliśmy go zazwyczaj za pomocą lawatyw. Rozpoczynaliśmy rownież leczenie chorych przyjętych z rozwiniętem już zapaleniem nerek ewent. z objawami mocznicy podawaniem środków czyszczących lub wywoływaniem wypróżnień za pomocą lawatyw. W tych przypadkach leczenie odciągające ma jeszcze inne wskazania. Dzieci przed przybyciem do szpitala były w nielicznych przypadkach na ścisłej dyecie mlecznej, w większości zaś przypadków nie zachowywały żadnej dyety. Przy zaparciu stolca z powodu gnicia w przewodzie pokarmowym substancyi białkowych powstaje z jednej strony wielka ilość gazów, co cechuje się wybitną, często stwierdzaną u tych chorych bębnicą,

z drugiej zaś powstaje wiele stałych trujących pierwiastków, które, wchłonione do krwi, a nie wydzielone z powodu niedomogi wydzielniczej nerek na zewnątrz, mogą być przyczyną samozatrucia. I w tych przypadkach leczenie odciągające stosowaliśmy tylko w ciągu kilku dni, w dalszym zaś przebiegu przy wzmożeniu pędzenia moczu dążyliśmy do zmniejszenia wytwarzania się produktów gnicia za pomocą odpowiedniej dyety, a mianowicie zawierarającej mało białka i dbaliśmy o regularny stolec.

Skóra i jelita — oto drogi, przez które możemy wydzielić znaczne ilości wody. Nie możemy jednak przez wzmożenie czynności wydzielniczej tych narządów zastąpić czynności nerek, szczególniej w wydzielaniu składników stałych. Zadaniem więc czynnościowego leczenia zapalenia nerek powinno być jak najszybsze poprawienie czynności nerek o tyle, aby one mogły wydzielać w należytej ilości omawiane pierwiastki.

Dotąd jednak nie mieliśmy środków, za pomocą których moglibyśmy wzmódz czynność nerek podczas ostrego zapalenia tego narządu, nie wyrządzając mu jednocześnie szkody.

Dopiero badania Strassera i Blumenkranza[1]) nad wpływem kąpieli przedłużonych godzinnych lub półtoragodzinnych o ciepłocie obojętnej 34°—35° C. na czynność nerek wskazały na środek, dzięki któremu możemy pobudzić czynność wydzielniczą nerek, nie wyrządzając szkody choremu narządowi.

Do tych badań skłoniły autorów wykonane na zwierzętach badania Wertheimera, Delezenna, Lamberta, Strassera i Wolfa nad wpływem podniet ter-

---

[1]) Strasser i Blumenkranz — Berliner klinis. Wochens. 1906.
» » — Blätter f. klinis. Hydrother. 1907.
» » — Beiheft zur »Medic. Klinik« N. 6, 1907.
Strasser — »Physikalische Therapie der Krankheiten der Niere u. Harnwege« — Stuttgart — Enke — 1908.

micznych na obieg krwi w nerkach. Z badań tych wypływało, że przy wybitnem ochłodzeniu skóry występowało zmniejszenie się nerki, skurcz naczyń nerkowych i jednoczesne zmniejszenie się ilości moczu. Przy trzymaniu zaś zwierząt w ciepłocie, zbliżonej do ciepłoty ciała, obieg krwi w nerkach zachowuje się zupełnie inaczej: nerki zwiększają się, krew płynie szybciej, przyczem ciśnienie krwi nie podlega wybitnym zmianom, z moczowodów wypływa wzmożona ilość moczu.

Opierając się na faktach powyższych, zdobytych przy doświadczeniu na zwierzętach, Strasser i Blumenkranz rozpoczęli swe badania nad wpływem kąpieli przedłużonych o ciepłocie obojętnej na czynność wydzielniczą nerek u ludzi, przytem badania swe autorzy przeprowadzili nie na ludziach zdrowych, lecz na chorych na różne postacie zapalenia nerek.

Godzinne lub półtoragodzinne kąpiele o ciepłocie obojętnej wywierają wybitny wpływ na czynność wydzielniczą nerek. Pod wpływem takich kąpieli występuje wybitne wzmożenie wydzielania moczu, przyczem, jak to widać z licznych wykonanych przez twórców metody badań moczu, wydziela się we wzmożonej ilości nie tylko woda, lecz również chlorki i azot.

Że pod wpływem godzinnych kąpieli wzmaga się ilość moczu, mogliśmy stwierdzić również u naszych chorych.

Na 356 badań, wykonanych u 40 chorych, podczas których określaliśmy ilość moczu, wydzielonego w ciągu godziny przed kąpielą i podczas kąpieli godzinnej, w 322 przypadkach ilość moczu po kąpieli była większą, niż przed kąpielą, przytem, jak to widać z załączonej tablicy (patrz str. 524), powiększenie ilości moczu po kąpieli, określone w odsetkach w porównaniu z ilością moczu przed kąpielą, wahało się w poszczególnych przypadkach od kilkudziesięciu do 1600%.

Kliniczne wskazania do stosowania kąpieli przedłużonych o ciepłocie obojętnej są podobne do wskazań dyety bezsolnej, a mianowicie należy stosować te kąpiele przy zmniejszonej ilości moczu, przy nieumotywo-

Liczba przypadków	Powiększenie ilości moczu po kąpieli w %
71	mniej, niż 50%
55	50—100
81	100—200
41	200—300
28	300—400
20	400—500
2	500—600
5	600—700
7	700—800
1	800—900
6	900—1000
1	1000—1100
2	1100—1200
1	1300
1	1600

wanem podniesieniu się wagi ciała, przy wystąpieniu obrzęków. Kąpiele te mogą jednak — i powinny być stosowane nawet po nastąpieniu czynnościowego wyleczenia zapalenia nerek aż do zupełnego anatomicznego wyleczenia, aż do zniknięcia z moczu składników chorobowych z następują-

4 przykłady.

Bronisław P. 12 l.			Józef Z 11 l.			Eugenia P. 10 l.			Sergiusz S. 10 l.		
Dzień choroby	Ilość moczu przed kąpielą w ctm.	Ilość moczu po kąpieli w ctm.	Dzień choroby	Ilość moczu przed kąpielą w ctm.	Ilość moczu po kąpieli w ctm.	Dzień choroby	Ilość moczu przed kąpielą w ctm.	Ilość moczu po kąpieli w ctm.	Dzień choroby	Ilość moczu przed kąpielą w ctm.	Ilość moczu po kąpieli w ctm.
19	10	100	20	20	340	22	30	250	23	40	86
20	10	20	21	28	300	23	90	390	25	35	78
23	20	25	22	40	400	28	88	120	26	25	50
24	50	150	23	63	130	29	100	200	27	60	100
25	30	140	24	25	130	30	42	130	29	10	40
26	41	140	25	22	100	31	8	45	30	50	215
27	85	232	26	42	240	32	20	96	32	30	120
28	85	150	27	40	65	33	40	100	34	40	120
29	180	154	28	40	120	34	40	200	36	110	200
30	60	100	29	46	68	36	35	280	37	90	230
31	155	280	30	26	100	37	23	93	38	30	256
32	67	96	31	40	90	38	84	215	39	45	217
45	67	96	32	60	80	39	80	210	40	38	50
46	40	86	33	36	200	40	23	250	43	70	205
47	83	150	34	80	200	43	70	240	44	150	190
48	40	48	35	46	50	44	70	160	45	40	90
49	60	100	36	26	60	45	52	245	46	28	100
50	70	150	37	22	65	46	30	115	47	20	55
51	60	100	41	76	130	47	37	175	50	80	190
53	100	70	42	52	72	50	120	160	51	100	140
54	70	130	43	26	64	51	180	200	52	27	136
55	76	130	44	50	60	52	30	180			
56	70	190	47	260	380	53	40	225			
57	70	160	48	75	400	54	50	150			
58	100	120	49	62	220						
59	100	130	50	30	250						
61	150	390									

cych powodów: Kąpiele te z jednej strony są przez chorych bardzo dobrze znoszone, stanowią one wprost przyjemność dla dzieci, przyczyniając się do polepszenia stanu podmiotowego chorych; nie mają żadnego szkodliwego wpływu na ustrój; z drugiej zaś strony, jak należy przypuszczać, wywierają one wpływ leczniczy na miejscową sprawę zapalną w nerkach, gdyż wzmagają czynność wydzielniczą nerek głównie dzięki temu, że pod ich wpływem polepsza się krążenie w nerkach, wzmaga się w nich szybkość obiegu krwi, co należy uważać za objaw dodatni, leczniczy, gdyż sprzyja on szybszemu odradzaniu się tkanek.

Przeciwwskazania do stosowania kąpieli przedłużonych (prócz warunków zewnętrznych, jak obecność ran po ropowicach w okolicach tułowia i kończyn, ran po przecięciu zropiałych gruczołów chłonnych w okolicy górnych i dolnych kończyn, najczęściej podpachowych i pachwinowych, obecność rany na klatce piersiowej po przecięciu żebra z powodu ropnego zapalenia opłucnej w przebiegu popłoniczego zapalenia nerek i t. d.) są dwa: 1) podniesienie się ciepłoty ciała, gdyż wtedy kąpiel o ciepłocie 34° C. nie jest dla chorego obojętną, lecz chłodną, a wiadomą jest rzeczą, że ochłodzenie ciała szkodzi choremu na zapalenie nerek; 2) wystąpienie wybitnego krwiomoczu, gdy pod drobnowidem widzimy prawie czystą krew, gdy należy przypuszczać obecność znaczniejszych uszkodzeń w naczyniach nerkowych. Ujemny wpływ długich kąpieli na krwiomocz daje się teoretycznie objaśnić tem, że przy wzmożeniu się szybkości obiegu krwi w nerkach, musi się również i więcej krwi wydostawać na zewnątrz.

W tych razach przestajemy kąpać dzieci i stosujemy dyetę suchą, t. j. zmniejszamy ogólną ilość płynów do 500 ctm.[3] Sucha dyeta wskazana jest przy wszelkiego rodzaju krwawieniach, gdyż pod jej wpływem występuje wybitne zgęstnienie krwi, połączone ze wzmożeniem się jej krzepliwości. Rozumie się, że takie ograniczenie płynów, aby nie wyrządzić szkody całemu ustrojowi,

możemy stosować tylko w ciągu kilku dni do 1 tygodnia. Zazwyczaj okres ten wystarcza, aby nastąpiło wybitne zmniejszenie się krwiomoczu, który po upływie kilku lub kilkunastu dni w dalszym przebiegu znika zupełnie. W niektórych przypadkach występują nawroty obfitego krwiomoczu. W tych razach należy dyetę suchą powtarzać kilkakrotnie i, aczkolwiek krwiomocz trwa czasami całe tygodnie, jednak zawsze można osiągnąć zupełne wyleczenie.

Musimy tu dodać, że przy leczeniu zapalenia nerek nie stosowaliśmy żadnych środków farmakologicznych, między innymi i tych, które zostały polecone przeciw krwiomoczowi. Przy wybitnych objawach niedomogi sercowej, występujących podczas zapalenia nerek najczęściej w przebiegu mocznicy, przeciw której prócz dyety i kąpieli stosowaliśmy upusty krwi, podawaliśmy naszym chorym środki pobudzające i sercowe, najczęściej kamforę podskórnie i wewnętrznie i sporysz w postaci wyciągu płynnego w dużych dawkach.

Omówiwszy środki czynnościowego leczenia popłonicznego zapalenia nerek, przytoczymy obecnie wyniki leczenia. Z ogólnej liczby 224 przypadków zapalenia popłoniczego nerek, spostrzeganych przez nas w ciągu trzech lat, u 150 chorych stosowaliśmy systematycznie przez czas dłuższy dyetę zawierającą mało soli kuchennej i białka i kąpiele godzinne o ciepłocie 34^0—35^0 C. Z tych 150 chorych u 90 zapalenie nerek wystąpiło w przebiegu płonicy u nas na oddziale i tym sposobem mogliśmy obserwować je od pierwszego dnia choroby, 60 zaś chorych przyjęto do szpitala z rozwiniętem już zapaleniem nerek.

Dzieci na oddziale płoniczym są systematycznie ważone. Z krzywej wagi ciała możemy sądzić o odżywianiu naszych chorych. Wbrew twierdzeniu niektórych autorów możemy powiedzieć, że dzieci z nielicznymi tylko wyjątkami przyjmowały pokarmy bezsolne bardzo chętnie, z apetytem, dzięki czemu nietylko została zachowana równowaga

w przemianie materyi, lecz prawie wszystkim dzieciom podczas zapalenia nerek przybyło na wadze.

U dzieci przyjętych w okresie gorączkowym płonicy możemy porównywać wagę przy opuszczeniu szpitala z wagą przy przybyciu na oddział i z najniższą wagą, stwierdzoną po przebyciu gorączkowego okresu. U dzieci przyjętych z rozwiniętem już zapaleniem nerek możemy porównywać wagę przy opuszczeniu szpitala z najniższą wagą, stwierdzoną po zniknięciu obrzęków.

Przyrost wagi w gramach	Wśród 83 przyp. w porówn. z wagą pierwotną	Wśród 90 przyp. w porówn. z wagą najniższą	Wśród 59 przyp. w porówn. z wagą po obrzękach
mniej, niż 250	6	1	6
250— 500	7	3	4
500—1000	18	21	12
1000—1500	18	21	15
1500—2000	7	17	13
2000—2500	2	10	4
2500—3000	5	9	1
3000—3500	2	2	3
3500—4000		3	1
4000—4500		3	

Z 83 ważonych dzieci (u 7 nie zapisano wagi pierwotnej) przybyło na wadze w porównaniu z wagą przy przybyciu w 65 przypadkach, co stanowi 78·3%. W 6 przypadkach chorym nie przybyło, lecz również nie ubyło na wadze; 12 dzieciom ubyło na wadze, przytem w 3 przyp. mniej, niż 250 grm.

Z 90 dzieci przybyło na wadze w porównaniu z najniższą wagą po okresie gorączkowym wszystkim bez wyjątku dzieciom.

Z 59 dzieci, przyjętych z rozwiniętem zapaleniem nerek (1 dziecko nie było systematycznie ważone) przybyło na wadze również wszystkim bez wyjątku dzieciom.

Zważywszy, że wśród naszych chorych były również dzieci gruźlicze, zołzowate, niedokrwiste, liczby powyższe świadczą dobitnie o dostateczności stosowanej przez nas dyety.

Rozumie się, że na stan odżywienia chorych ma wpływ obecność różnych powikłań, wywołujących długotrwałą gorączkę, a co za tem idzie i ogólne wyniszczenie; stąd też ta wielka różnica w zachowaniu się wagi ciała w poszczególnych przypadkach.

Obecność tychże powikłań, wysokiej ciepłoty, ogólnego wyniszczenia, wywiera również wpływ, głównie dzięki zmniejszeniu żywotności tkanek, na samą sprawę zapalną w nerkach, lecz tu najważniejsze znaczenie posiada zarówno dla dalszego przebiegu zapalenia nerek, jak i dla końcowego wyniku leczenia czas, w którym rozpoczęto leczenie wyżej omówionemi metodami.

Aby przekonać się o tem, dostateczną jest rzeczą zwrócić uwagę na częstość występowania i nasilenie obrzęków z jednej strony w przypadkach, w których zapalenie nerek powstało u chorych, przyjętych w gorączkowym okresie płonicy, z drugiej u dzieci, przyjętych z rozwiniętem już zapaleniem nerek.

Gdy wśród 90 dzieci, u których zapalenie nerek powstało na oddziale, stwierdziliśmy obrzęki zaledwie u 37, co stanowi 41,1% przytem w znacznej większości przypadków obrzęki były nieznaczne, obejmujące powieki, twarz, stopy w okolicy kostek, to wśród 60 chorych, przyjętych z rozwiniętem już

zapaleniem nerek stwierdziliśmy obrzęki u wszystkich dzieci, przytem w większości przypadków wybitne, obejmujące całe ciało.

Ogólna liczba przyp. zapal. ner.	Liczba przypad. bez obrzęków	Liczba przypad. z obrzękami	Liczba przypad. z obrzęk. powiek.	Liczba przypad. z obrz. twarzy i stóp	Liczba przypad. z obrz. całego ciała
60 dz., przyj. z zapal. nerek	0=0%	60=100%	0=0%	16=26,7%	44=73,3%
90 dz., przyj. w gor. okresie płonicy	53=58,9%	37=41,1%	13=14,4%	22=24,4%	2=2,2%
42 dz., bez dyety bezsoln. zapobiegaw.	15=35,7%	27=64,3%	8=19%	17=40,5%	2=4,8%
48 dz., z dyetą bezsolną zapobiegaw.	38=79,2%	10=20,8%	5=10,4%	5=10,4%	0=0%

Jeszcze bardziej uwydatnia się ważność wczesnego rozpoczęcia leczenia, gdy porównamy przypadki (42), w których dzieci przed stwierdzeniem zapalenia nerek były na ścisłej dyecie mlecznej, lub na dyecie zwykłej mieszanej bez mięsa, lub na dyecie wyżej opisanej mleczno-roślinnej lecz z dodatkiem 5—8 grm. soli kuchennej na dobę, i w których leczenie dyetą bezsolną i kąpielami rozpoczynaliśmy po jedno- do trzydniowem trwaniu zapalenia nerek ewent. po wystąpieniu obrzęków, podniesieniu się wagi ciała, wybitnem zmniejszeniu się ilości moczu, z przypadkami (48), w których dzieci już od spadku ciepłoty, czasami nawet od samego początku choroby otrzymywały pokarmy zawierające mało soli kuchennej.

Gdy wśród przypadków I grupy stwierdziliśmy obrzęki u 26 dzieci, co stanowi 64,3%, to wśród dzieci będących na dyecie bezsolnej zapobiegawczej obrzęki wystąpiły w 10 przypadkach = 20,8%.

Pomiędzy temi dwiema grupami przypadków zapalenia nerek zachodzi różnica nietylko w częstości występowania i nasilenia obrzęków widocznych, obrzęków tkanki podskórnej, lecz również wogóle i w ilości zatrzymanej w ustroju wody, co wszak przedewszystkiem powoduje przesiąknięcie wodą tkanek narządów wewnętrznych — »préoedéme«. O ilości zatrzymanej wody w ustroju możemy sądzić po zachowaniu się krzywej wagi ciała, która w początkowym okresie zapalenia nerek, jeżeli występuje zatrzymanie się wody resp. chlorków, szybko podnosi się, a następnie przy odpowiedniem leczeniu zaczyna opadać (wśród naszych przypadków zazwyczaj po 1—7 dniach) do poziomu poprzedzającego wystąpienie zapalenia nerek, w dalszym przebiegu znów podnosi się już wskutek prawidłowego przyrostu na wadze.

Jak widać z niżej załączonej tablicy (patrz str. 532) na 39 dzieci (3 nie było systematycznie ważonych w początkach zapalenia nerek), które nie otrzymywały pokarmów bezsolnych przed stwierdzeniem zapalenia nerek, znaleźliśmy podniesienie się wagi ciała o 1000—2500 grm. zależne od zatrzymania wody w ustroju w 23 przypadkach, co stanowi 58,7%. Wśród 42 dzieci (6 nie było ważonych) będących na dyecie bezsolnej przed wystąpieniem zapalenia nerek stwierdziliśmy takiż przyrost wagi zaledwie u 5 chorych, co stanowi 11,9%.

Opóźnienie odpowiedniego leczenia wywiera również wpływ na dalszy przebieg zapalenia nerek. Wśród przypadków będących na dyecie bezsolnej zapobiegawczej, i ilości białka były mniejsze, i zmniejszenie się ilości moczu było mniej wybitne, niż w przypadkach, w których rozpoczyna-

liśmy leczenie po 1—3dniowem trwaniu zapalenia nerek, dzięki czemu białkomocz i zapalenie nerek wśród tych

Przyrost wagi w początku zapaleniu w gramach	39 dz. bez dyety bezsolnej zapobieg.	42 dz. z dyetą bezsolną zapobieg.
0— 500	10	25
500—1000	6	12
1000—1500	7	2
1500—2000	11	2
2000—2500	5	1

ostatnich przypadków trwało dłużej, niż w przypadkach I grupy, co uwydatnia się częściowo w następujących zestawieniach:

Długość białkomoczu	Przyp. z dyetą bezsolną zapobiegawczą		Przyp. bez dyety bezsolnej zapobieg.		Ogółem	
dni						
1— 7	13	35=81,4%	2	19=59,4%	15	54=72%
7—14	10		5		15	
14—21	8		5		13	
21—28	4		7		11	
28—35	5	8=18,6%	3	13=40,6%	8	21=28%
35—42	1		7		8	
42—49	0		2		2	
49—56	2		1		3	

Długość zapalenia nerek	Przyp. z dyetą bezsolną zapobieg.		Przypad. bez dyety bezsolnej zapobieg.		Ogółem	
dni						
1—7	3	19=65,5%	1	14=53,9%	4	33=60%
7—14	6		3		9	
14—21	6		6		12	
21—28	4		4		8	
28—35	5	10=34,5%	0	12=46,1%	5	22=40%
35—42	4		6		10	
42—49	0		5		5	
49—56	1		1		2	

Nie twierdzimy, aby jedyną przyczyną ciężkiego przebiegu zapalenia nerek było opóźnienie kilkudniowe odpowiedniego leczenia, podkreślamy tylko, że wśród przypadków, w których rozpoczynaliśmy leczenie po kilkudniowem trwaniu zapalenia nerek, stwierdzaliśmy ciężki przebieg częściej, niż w przypadkach, będących na dyecie bezsolnej zapobiegawczej.

Francuscy autorowie, szczególniej Dopter i Poter, zalecili stosowanie dyety bezsolnej podczas płonicy przed wystąpieniem jakichkolwiek objawów zapalenia nerek, mając na celu zmniejszenie odsetki występowania tego powikłania w przebiegu płonicy.

Na zasadzie naszego materyału musimy powiedzieć, że dyeta bezchlorkowa nie zapobiega wystąpieniu zapalenia nerek.

W okresie, w którym nie podawaliśmy chorym płoniczym dyety bezsolnej, a mianowicie do 1. V. 06—1. VIII. 06 i od 1. I. 08—1. I. 09 na 186 przypadków, przyjętych w okresie gorączkowym płonicy, wystąpiło zapalenie nerek

u 53 chorych = 28·5%; w okresie zaś, gdy dzieci były na dyecie bezsolnej od początku płonicy, a mianowicie od 1. VIII. 06—1. I. 08 i od 1. I. 09 do 1. V. 09, wśród 332 przypadków zapalenie nerek wystąpiło u 71 dzieci = 21·4%.

Wobec szerokich granic od 0%—90%, w których wogóle waha się częstość występowania zapalenia nerek w przebiegu płonicy, nie możemy, rozumie się, tego zmniejszenia się częstości występowania o kilka zaledwie odsetek kłaść na karb dyety bezchlorowej i musimy powiedzieć, że dodatek soli do dyety chorych płoniczych nie wywiera żadnego wpływu na częstość występowania zapalenia nerek, lub, co najwyżej, gra rolę jednego z licznych dotąd niewiadomych czynników szkodliwych.

Stosując dyetę ubogą w chlorki przed stwierdzeniem zapalenia nerek, mieliśmy na celu nie zmniejzenie odsetki zapalenia nerek w przebiegu płonicy, lecz złagodzenie jego objawów, szczególniej obrzęków już w samym początku choroby, o czem, jak to świadczą wyżej przytoczone dane, mogliśmy się przekonać. Zalecając dyetę bezsolną chorym płoniczym, wychodzimy z następujących założeń. Zapalenie nerek w przebiegu płonicy tworzy się skrycie i z jednej strony pewne zmiany zapalne w nerkach mogą już istnieć przed wystąpieniem białkomoczu, a szczególniej wałeczków, co dopiero uprawnia nas do pewnego rozpoznania zapalenia nerek, z drugiej zaś nawet przy częstem badaniu moczu możemy stwierdzić obecność składników chorobowych już po jednodniowem lub kilkodniowem trwaniu zapalenia nerek. Zatrzymanie zaś chlorków, jak to wykazały wykonane w ostatnich czasach badania Gluzińskiego[1]), Raczyńskiego[2]), Grunera i Schicka[3]), występuje w samym początku zapalenia ne-

---

[1]) Gluziński — Gazeta lekarska — 1908.

[2]) Raczyński — Przegląd pedyatryczny — Tom I — 1908/9.

[3]) Grüner i Schick — l. c.

rek, często nawet przed podniesieniem się wagi ciała (Grüner i Schick) i przed białkomoczem (stadium achloricum sine albumine — Gluziński). Obarczanie więc w tych warunkach ustroju chlorkami, których szkodliwe działanie na nabłonek nerkowy, szczególniej zmieniony, doświadczalnie stwierdzili Castaigne i Rathery, nie jest obojętne.

Że zapalenie popłonicze nerek, spostrzegane od początku choroby i leczone dyetą zawierającą mało chlorków i białka i kąpielami godzinnemi o ciepłocie 34°—35° C., nawet przy kilkodniowem opóźnieniu leczenia daje bardzo dobre wyniki, o tem świadczą nasze dane.

Wszyscy (90) chorzy zostali wypuszczeni ze szpitala z wyleczeniem czynnościowem: przy wypuszczeniu ze szpitala nie stwierdzono obrzęków, chorzy wydzielali prawidłowe ilości moczu, wszystkim chorym zaczęło przybywać na wadze wskutek prawidłowego przyrostu, stan podmiotowy był bardzo dobry, dzieci sprawiały wrażenie zupełnie zdrowych.

Nie mogliśmy głównie z powodu braku miejsca zbyt długo trzymać chorych na oddziale i dlatego byliśmy zniewoleni wypuścić ze szpitala 35 dzieci ze składnikami chorobowymi w moczu, mianowicie 25 z nielicznymi wałeczkami, 10 ze śladem białka i wałeczkami. Z tych 35 chorych jednak zaledwie 16 leczono dłużej, niż 4 tygodnie i tylko 6 — dłużej niż 6 tygodni.

Wśród 53 dzieci wypuszczonych ze szpitala bez składników chorobowych w moczu, w 60% przypadków chorzy wyzdrowieli z zapalenia nerek w ciągu 1—4 tygodni. Podług zaś obliczeń innych autorów średnia długość przebiegu zapalenia popłoniczego nerek wynosi 4—6 tygodni (Jürgensen).

W jeszcze lepszem świetle przedstawią się wyniki leczenia naszych przypadków, gdy uwzględnimy trwanie białkomoczu. Na 85 przypadków (w 5 przypadkach nie stwierdziliśmy białka zupełnie) 75 dzieci = 88·2% opuściło szpital bez białka w moczu, chociaż w początkowym

okresie zapalenia wśród 45 chorych będących na dyecie bezsolnej zapobiegawczej 7 razy, wśród 40 dzieci otrzymujących przed stwierdzeniem zapalenia nerek pokarmy z solą — 14 razy — ogółem 21 razy = 24·7% znaleźliśmy ilości białka powyżej 1%, z czego w 11 przyp. (2 w I grupie i 9 w II grupie) ilości białka powyżej 3%. Z tych 75 przypadków w 54 = 72% białkomocz trwał 1—4 tygodnie.

Co zaś się tyczy 60 dzieci, przyjętych z rozwiniętem już zapaleniem nerek i leczonych dyetą i kąpielami przedłużonemi, to wobec ciężkich objawów w pierwszych dniach pobytu w szpitalu: — w większości przypadków obrzęki całego ciała, w 12 przypadkach objawy mocznicy, — dalszy przebieg zapalenia był zazwyczaj cięższy i zdrowienie następowało wolniej, niż w przypadkach spostrzeganych od początku choroby. Jednak i w tej grupie przypadków wszyscy bez wyjątku chorzy opuścili szpital z zupełnem wyleczeniem czynnościowem: bez śladu obrzęków z prawidłowem wydzielaniem, 27 dzieci opuściło szpital jako zupełnie zdrowe bez składników chorobowych w moczu, 37 — bez białka w moczu, chociaż w początkowym okresie leczenia stwierdziliśmy ilości białka powyżej 1% w 32 przyp. = 53·3%, z czego w 19 przyp. = 37·7% powyżej 3%.

33 chorych opuściło oddział ze składnikami chorobowymi w moczu, mianowicie 10 z nielicznymi wałeczkami, 23 z białkiem (w 19 przyp. nieznaczne tylko ślady białka) i wałeczkami. Leczenie jednak tych przypadków trwało zbyt krótko: 14 chorych byliśmy zniewoleni wypuścić ze szpitala przed upływem 4-tygodniowego leczenia i tylko w 9 przypadkach leczenie trwało dłużej, niż 6 tygodni. Wiadomą wszak jest rzeczą, że zdrowienie może czasami przeciągnąć się do kilku lub kilkunastu miesięcy; tak np. Bartels stwierdził zupełne wyleczenie po 18-miesięcznym przebiegu zapalenia nerek. Gdybyśmy więc mogli trzymać

chorych dłużej na oddziale, to i w tej grupie przypadków, sądząc z osiągniętej poprawy, końcowe wyniki leczenia byłyby lepsze. Bagiński, który leczył chorych ścisłą dyetą mleczną, opisuje przypadki, w których nawet po 3-miesięcznem leczeniu nie zachodziły żadne zmiany w zachowaniu się ilości białka i składników morfologicznych w moczu. Takich przypadków nawet przy znacznie krótszem leczeniu wyżej opisanemi metodami wśród naszych chorych nie spotykaliśmy. U czterech chorych, których wypuszczono ze szpitala z ilością białka od 0·5‰ do 1·5‰, w początkowym okresie stwierdzaliśmy ilości białka o wiele większe; tak np. u Chaji K., którą wypuściliśmy po 58 dniach leczenia z 1·25‰ białka, ilość białka w pierwszych dniach pobytu w szpitalu dochodziła do 6‰, a u Stasi Ś., wypuszczonej po 34-dniowym pobycie w szpitalu z 0·5‰ białka w moczu, przy przybyciu stwierdziliśmy ilości do 15‰.

Na tych właśnie przypadkach, na przypadkach z obrzękiem całego ciała, z wybitnem zmniejszeniem wydzielania moczu, możemy łatwo przekonać się o dodatnim leczniczym wpływie zalecanych przez nas zabiegów: dyety zawierającej mało chlorków i białka i kąpieli godzinnych o ciepłocie 34°—35° C. I dlatego obecnie w końcu naszej pracy podamy 8 przykładów zapalenia nerek w początkowym okresie leczenia. Widzimy, jak pod wpływem odpowiedniej dyety i kąpieli przedłużonych znikają wybitne obrzęki, jak waga ciała stopniowo zmniejsza się, a ilość moczu zwiększa, jak zmniejszają się ilości białka z wyjątkiem tych przypadków, w których występuje wybitny krwiomocz. Przytem, co podkreślamy, przy leczeniu kąpielami godzinnemi o ciepłocie obojętnej ogólny stan chorych również stopniowo polepsza się, nigdy po zniknięciu obrzęków nie następuje ogólne osłabienie, ewentualnie osłabienie działalności serca, jakie spostrzegaliśmy przy leczeniu zapalenia nerek zabiegami napotnymi.

Stanisław W. 8 lat				Jan S. 7 lat			
Dzień choroby	Waga ciała grm.	Ilość moczu ctm.³	Ilość białka	Dzień choroby	Waga ciała grm.	Ilość moczu ctm.³	Ilość białka
29	16700	250	$5^0/_{00}$	25	25940	50	$3^0/_{00}$
30	16400	700	$2,5^0/_{00}$	26	25400	900	$2,5^0/_{00}$
31	15800	675	$0,75^0/_{00}$	27	25500	1000	$3^0/_{09}$
32	15540	600	$0,75^0/_{00}$	28	24460	1300	$2,5^0/_{00}$
33	14710	1500	$0,75^0/_{00}$	29	23980	1025	$3,5^0/_{00}$
34	14150	1500	$0,25^0/_{00}$	30	23490	1475	$3,5^0/_{00}$
35	13950	850	$0,75^0/_{00}$	31	23000	1100	4 (wzmożenie się krwiomoczu)
36	13650	1200	$0,75^0/_{00}$	32	22510	800	6 (krwiomocz wybitniejszy)
37	13710	825	$0,75^0/_{00}$	33	22000	700	4 (krwiomocz mniejszy
38	13040	875	$0,25^0/_{00}$	35	21720	900	$1^0/_0$
Aurelia G. 7 lat				Salcia F. 4 lata			
26	17680	250	$5,5^0/_{00}$	16	13620	200	ślad
27	17320	500	$1^0/_{00}$	17	13430	300	„
28	17140	1100	ślad	18	13200	300	„
29	16990	900	„	19	12800	700	„
31	16020	1200	„	20	12800	750	„
32	16000	400 ?	„	21	12710	975	„
34	15770	800	„	23	12590	700	„

Władysław W. 6 lat			
14	18260	100	0,75 ‰
15	18000	150	0,5 ‰
16	17930	200	0,25 ‰
17	17470	250	0,5 ‰
18	17100	450	0,5 ‰
19	17000	500	0,25 ‰
20	16520	600	0,25 ‰
21	16100	600	ślad
22	15850	550	„
23	15600	500	„

Ezechiel H. 3 lata			
21	14500	300	
22	14140	350	10 ‰
23	14200	300	7,5 ‰
24	14000	350	4 ‰
25	14100	500	3 ‰
26	14100	500	2,5 ‰
27	13630	700	2 ‰
28	13500	700	1 ‰
29	13200	650	0,5 ‰
30	13080	650	ślad

Wacław M. 8 lat.			
23	21210	500	1.75 ‰
24	21140	700	2 ‰
25	20980	700	0,75 ‰
26	20560	1300	0,5 ‰
27	20350	1800	0,5 ‰
28	20090	1100	0,5 ‰
29	20060	1000	0,75 ‰
30	19890	1225	0,5 ‰
31	19680	900	ślad
33	18960	1000	„

Genia P. 10 lat			
21	32800	600	0,5 ‰
22	31200	1400	0,25 ‰
23	30100	1250	0,25 ‰
24	28800	1400	ślad
25	27880	1200	„
26	27400	1300	„
27	27200	750	„
28	27500	850	„
29	27100	950	„
30	27000	1200	„

Opukiwanie kręgosłupa u dzieci w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

Podał

Dr Mieczysław Michałowicz.

Rozpoznanie gruźlicy płuc w wieku dziecięcym zwykłą metodą opukiwania i osłuchiwania przedstawia często wielkie trudności. Tam gdzie za życia nie dało się nieraz wykryć prawie żadnych objawów, sekcya wykazuje wielkie zmiany chorobowe. Olbrzymie obrzmienie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, ich zwyrodnienie i zserowacenie należy do zwykłych obrazów sekcyjnych u dzieci zmarłych na gruźlicę. Za życia jednak gruczoły te nie dają się najczęściej ani stwierdzić drogą ogólnie przyjętego opukiwania klatki piersiowej, ani wykryć przez osłuchiwanie. Główna bowiem gromada gruczołów tchawiczno-oskrzelowych mieści się przed kręgosłupem. Wypadałoby tedy drogą opukiwania kręgosłupa spróbować stwierdzić ich powiększenie. Gdyby się to udało, rozpoznanie gruźlicy płuc u dzieci zostałoby znakomicie ułatwione. Na propozycyę profesora Escherlicha podjąłem się zbadania stosunku gruczołów powiększonych w gruźlicy, do wyników, otrzymanych przy opukiwaniu kręgosłupa. Zanim jednak podam wyniki mych własnych badań, zatrzymam się krótko nad wyjaśnieniem pytania, o ile położenie anatomiczne gruczołów tchwiczno-oskrzelowych uprawnia nas do uzależnienia ewentualnie otrzymanego na kręgosłupie stłumienia od powiększonych gruczołów.

Anatomia topograficzna gruczołów chłonnych oskrzelowych i tchawicznych.

Z pośród prac o anatomii gruczołów oskrzelowych i tchawicznych znane nam są przedewszystkiem trzy: praca Baretyego z roku 1874, praca Widerhofera z roku 1878 i praca Sukiennikowa z roku 1903. Aczkolwiek prace tych trzech autorów zgadzają się z sobą co do rzeczy zasadniczych, to jednak ze względu na przejrzystość i jasność układu oddamy w tem miejscu pierwszeństwo pracy Sukiennikowa. Nie będziemy przytaczać dosłownie stosunków topograficznych według tego autora, z którym zgadzamy się w zupełności na zasadzie naszych własnych spostrzeżeń. Zatrzymamy się jedynie szczegółowiej na opisie położenia tych łańcuchów i gromad gruczołów chłonnych, których powiększenie można stwierdzić opukiwaniem dzięki ich położeniu topograficznemu, a które rzeczywiście zostały stwierdzone, jak o tem świadczą przytoczone wyciągi z historyi chorób oraz protokołów sekcyjnych.

Zależnie od położenia względem tchawicy, oskrzeli z ich rozgałęzieniami, płuc, zależnie od kierunku prądu limfy, odróżnia Sukiennikow dwie główne grupy, składające się z pomniejszych gromad gruczołów chłonnych:

A) Lymphoglandulae tracheobronchiales rozpadają się na: Lymphoglandulae tracheobronchiales dextrae, Lymphoglandulae tracheobronchiales snistrae. Lymphoglandulae tracheobronchiales inferiores s. bifurcationis.

B) Lymphoglandulae bronchopulmonales rozpadają się na: Lymphoglandulae bronchopulmonales eparteriales, Lymphoglandulae bronchopulmonales ventrales dextrae I, Lymphoglandulae bronchopulmonales ventrales sinistrae I, Lymphoglandulae bronchopulmonales ventrales dextrae II i t. d.

Ponieważ gruczoły chłonne oskrzelowo-płucne leżą zadaleko od kręgosłupa i są otoczone ze wszystkich stron tkanką płucną, musimy z góry zrzec się możności stwier-

dzenia ich zapomocą opukiwania kręgosłupa. Tem ważniejsza jest dla pedyatry dokładna znajomość anatomii topograficznej gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych.

»Wskutek widlastego podziału tchawicy powstaje, — mówi Sukiennikow, — pewien układ kątów, odgrywający wielką rolę w układzie stosunków topograficznych gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych. Chcąc schematycznie przedstawić stosunki, możemy uznać te kąty za zbiorniki gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych, albowiem gruczoły chłonne gromadzą się w tych kątach i są do nich przywiązane«.

Obydwa zewnętrzne kąty określa Sukiennikow jako »anguli tracheo-bronchiales dexter et sinister«, wewnętrzny zaś kąt widełek tchawicy jako »angulus tracheobronchialis inferior seu bifurcationis«.

»Granicami prawego przestworu tchawiczno-oskrzelowego są: z tyłu tchawica i prawy nerw błędny, z przodu żyła główna górna, z lewej strony aorta wstępująca, z prawej strony prawa blaszka śródpiersiowa, od dołu prawy kąt tchawiczno-oskrzelowy i prawa tętnica płucna.

Granicami lewego przestworu tchawiczno-oskrzelowego są: z tyłu przełyk i aorta zstępująca, z przodu tętnica płucna i aorta wstępująca, z lewej strony przewód tętniczy, z prawej strony tchawica, od dołu lewy kąt tchawiczno-oskrzelowy, od góry łuk aorty.

Granicami dolnego przestworu tchawiczno-oskrzelowego są: od góry i z boku łuk, powstały z obydwu części oskrzeli, leżących na zewnątrz płuc, bezpośrednio od przodu blaszka osierdzia, — kierunek jej określają w górnej części tętnice płucne, w dolnej zaś lewy przedsionek. Z tyłu na lewo opuszcza się przełyk. Z prawej strony u góry przestwór rozszerza się, albowiem od strony prawej tylną ścianę przestworu tworzy kręgosłup i przylegające do niego naczynia krwionośne i nerwy, oraz ponieważ oskrzele prawe jest grubsze od lewego. W kierunku ku dołowi przestwór gubi się pomiędzy narządami prawie

na wysokości żył płucnych, ciągnących ku lewemu przedsionkowi«.

Odpowiednio do tych trzech przestworów tchawiczno-oskrzelowych rozróżnia Sukiennikow następujące grupy gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych.

I. Prawe tchawiczno-oskrzelowe gruczoły chłonne (Lymphoglandulae tracheobronchiales dextrae).

W grupie tej dają się rozróżnić dwie podgrupy: dolna, której gruczoły chłonne tworzą gromadę i wypełniają lewy przestwór tchawiczno-oskrzelowy i górna, której gruczoły chłonne układają się w łańcuch w szczelinie pomiędzy tchawicą a kręgosłupem. Łańcuch ten tworzy 5—6 podłużnych, znacznie mniejszych gruczołów chłonnych. Gruczoły te leżą w jeden rząd w dolnej i często podwójnie w górnej części łańcucha. W miarę wspinania się łańcuch układa się coraz więcej w tył i w bok w stosunku do tchawicy i minąwszy tętnicę podobojczykową, obiera sobie powyżej niej, a więc przy szyjnym odcinku tchawicy, łożysko między tchawicą a kręgosłupem.

Co się tyczy stosunków topograficznych części piersiowej, to tu gruczoły chłonne wypełniają trójkąt pomiędzy żyłą główną z przodu, nerwem błędnym z tyłu i żyłą nieparzystą od dołu; pomiędzy tylną częścią gromady gruczołów, względnie nerwem błędnym, a kręgosłupem pozostaje przestrzeń, wypełniona płucami. Tam, gdzie pierwsze pierścienie pnącego się łańcucha zbliżają się ku kręgosłupowi, tam leży nerw błędny, a więc od strony płuc. Z prawej zaś strony widzimy, jak dolny prawy nerw krtaniowy zaraz po okręceniu tętnicy podobojczykowej układa się z przodu i z prawej strony obok łańcucha gruczołów w szczelinie między tchawicą, a kręgosłupem i w swym dalszym przebiegu ku górze zachowuje ten stosunek.

II. Lewe tchawiczno-oskrzelowe gruczoły chłonne (Lymphoglandulae tracheobronchiales sinistrae).

W tej grupie rozróżniamy również dwie podgrupy: dolną, szerszą, którą tworzy kilka skupionych w gromadę gruczołów chłonnych i górną, na którą się składa łańcuch gruczołów chłonnych.

Gromada gruczołów wypełnia przestronniejszą część lewego przestworu tchawiczno-oskrzelowego i układa się w przedniej bocznej części lewego kąta tchawiczno-oskrzelowego. Składa się na nią od 3—6 podłużnych, walcowatych gruczołów chłonnych.

Bezpośrednie przedłużenie gromady ku górze tworzy łańcuch gruczołów chłonnych; łańcuch ten układa się wkrótce w tył i w bok w stosunku do tchawicy w szczelinie między tchawicą, a przełykiem. Ilość gruczołów łańcucha waha się między 5—11.

III. Dolne tchawiczno-oskrzelowe gruczoły chłonne, czyli gruczoły przy rozdwojeniu tchawicy (Lymphoglandulae tracheobronchiales inferiores s. bifurcationis).

Grupa ta składa się z 9—12 gruczołów chłonnych różnej wielkości i przypomina kształtem czworokątną płytkę, leżącą w przedniej części dolnego kąta tchawiczno-oskrzelowego. Płytka ta nie wystaje jednak ponad poziom oskrzeli. Jednym ze swych długich brzegów płytka ta przylega do prawego oskrzela, krótką zaś górną stroną dotyka lewego oskrzela. Zawarty między dwiema innemi stronami koniec tej płytki zwiesza się swobodnie na dół i leży bliżej prawego, niż lewego oskrzela.

By dotrzeć od przodu do tej gromady gruczołów, należałoby usunąć serce z początkowymi odcinkami wielkich naczyń krwionośnych i tylną blaszkę osierdzia.

By sobie odtworzyć obraz tej grupy gruczołów chłonnych z tyłu, należałoby usunąć wszystkie narządy, leżące poza tchawicą i oskrzelami (kręgosłup, przełyk, aortę wstępującą).

Jak widzimy z powyższego opisu, istnieje szereg miejsc, w których gruczoły chłonne tchawiczno-oskrzelowe bezpośrednio przylegają do kręgosłupa. Pomimo to Sukiennikow sam bardzo pesymistycznie zapatruje się na możliwość stwierdzenia powiększenia gruczołów chłonnych zapomocą opukiwania kręgosłupa. Jak zobaczymy z przytoczonych poniżej wyników, otrzymanych przez różnych autorów, sprawa ta nie przedstawia się jednak tak beznadziejnie.

Pierwszą wzmiankę o opukiwaniu kręgosłupa znajdujemy u wynalazcy metody opukiwania L. Auenbruggera. § 3 punkt 4 jego dzieła głosi: »Ten sam odgłos otrzymujemy wzdłuż kręgosłupa, o ile on przyczynia się do utworzenia jamy piersiowej« (1).

Następne dane znajdujemy u P. A. Piorry w dziele z roku 1828 »De la percussion méditate« (14). Piorry rozróżnia wzdłuż kręgosłupa 3 okolice, licząc od góry na dół, w zstępującym porządku: a) tylną okolicę międzypłucną, b) okolicę trzustkową, c) okolicę międzynerkową.

W okolicy międzypłucnej: »można opukiwać kręgosłup wprost na linii wyrostków kolczastych«. Wywołuje się przez to odgłos, »odpowiadający tym narządom, które są w styczności z ciałem kręgów. Ponieważ zaś kilka z tych punktów styka się z płucami, więc otrzymamy prawie zawsze wskutek tego odgłos bardzo jawny, aczkolwiek w pobliżu leżą bardzo zbite narządy, jak n. p. serce. Pośrednie opukiwanie daje w tej okolicy te same wyniki, jak bezpośrednie«.

W okolicy trzustkowej słyszymy przy opukiwaniu przez pukadło: »od góry i na linii środkowej odgłos płucny (jawny) połączony z odgłosem kości, z obydwu stron spotykamy wyraźny odgłos płucny (powierzchownie leżące płuca),

głębiej i w dole słyszymy odgłos od żołądka, lub bardzo oddalony odgłos od jelit, zmieszany czasami ze szmerem cieczy (żołądek). Zresztą te ostatnie odgłosy wydają się bardzo dalekie, w rzeczywistości też przenikają one przez kilka grubszych części ciała«.

W okolicy międzynerkowej: »opukiwanie kręgosłupa wywołuje bardzo oddalony odgłos od jelit (jelita są przykryte przez wiele zbitych części ciała)«.

W swych późniejszych pracach n. p. w »Traité de Plessimétrisme« (1866)([15]) omawia Piorry szczegółowiej opukiwanie kręgosłupa. Niestety praca ta nie była mi dostępna w oryginale, muszę się więc zadowolnić przytoczeniem podług referatu W. Edwarta ([6]). Piorry, zdaje się, zajmował się w tej pracy więcej wynikami opukiwania kręgosłupa w ciężkich przypadkach chirurgicznych [1]). Praca jego [2]) omawia szczegółowiej skręcenia i ropnie kręgosłupa oraz rozpoznanie tych cierpień. Mniej uwagi zdaje się poświęcać Piorry opukiwaniu pojedynczych kręgów. Mówi przytem o stłumieniu na kręgosłupie, co stoi w szprzeczności z jego poprzednimi poglądami, oraz wynikami badań Edwarta, v. Korányi, de la Campa i Nagla. Zainteresowany poglądami Piorryego W. Edwart ogłasza w roku 1899 artykuł o wynikach opukiwania kręgosłupa. Poglądy jego dadzą się streścić w następujących słowach: Kręgosłup jest słupem, złożonym z pojedynczych, oddziaływających samodzielnie, uszeregowanych jedno na drugiem pukadeł. Wzdłuż kręgosłupa ciągnie się, odpowiadając wyrostkom kolczystym, wązkie pasmo, wydające jawny odgłos przy opukiwaniu. Z obydwu stron tego pasma ciągną się odpowiadające kręgom i wyrostkom poprzecznym dwa pasma szerokości dwu cali, o mniej jawnym odgłosie. Każde stłumienie, trafiające w poprzek kręgosłupa, sprawia przy opukiwaniu w odpowiedniem miejscu stłumienie odgłosu opukowego. N. p. stłu-

---

1) Edwart str. 264 loco cit.

2) Piorry »Traité de plessimetrisme« str. 484—519 cyt. podł. Edwarta.

mienia pozasercowe i pozawątrobne. Opukując po kolei pojedyncze wyrostki kolczyste od karku do kości guzicznej równemi średniej siły uderzeniami palca, otrzymujemy odgłos jawny, prawie wszędzie jednakowy. Opukując zaś lekko, otrzymujemy pewne różnice odgłosu. Na karku mamy odgłos jawny. Przy starannem i postępującem stopniowo opukiwaniu kręgosłupa nie znajdujemy do siódmego kręgu żadnej osobliwej zmiany odgłosu z wyjątkiem 5-go kręgu piersiowego. Wobec ważności powyższego faktu dla pedyatry pozwolę sobie dosłownie przytoczyć ten ustęp. Zachęcony pulikacyą M. Ferneta w Paryżu, który znalazł stłumienie obok kręgosłupa w okolicy międzyłopatkowej przy gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, zbadał Edwart stosunek stłumienia na kręgosłupie do leżących przed kręgosłupem gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych i doszedł do wniosków następujących: »Ponieważ pojedyncze kręgi są dobrymi przewodnikami dźwięków, spodziewałem się więc znaleźć miejscowe kolcowe stłumienia przy powiększeniu gruczołów, nie spodziewałem się jednak, by prawidłowe gruczoły sprawiały też stłumienie, aż nie opukałem pewnej ilości prawidłowych klatek piersiowych. Przy badaniach tych stwierdziłem, że 5. krąg piersiowy stale jest więcej stłumiony od kręgów obok leżących i że stłumienie to rozciąga się ku prawej stronie na małe czworokątne pole wielkości $1 \times {}^3/_4$ cala. Stłumienie na 5-tym kręgu należy do stanów prawidłowych i uzasadnionych anatomicznie. Znajomość tego faktu jest bardzo ważna dla ocenienia ewentualnego stłumienia«.

Stłumienie na 5-tym kręgu piersiowym objaśnia sobie Edwart w ten sposób, że współdźwiękowy wpływ tchawicy kończy się na wysokości 5-go kręgu. Zamiast niego występuje stłumiający wpływ podtchawicznych gruczołów w połączeniu z innymi narządami leżącymi w śródpiersiu, możliwe nawet, że z przylegającymi zbitymi narządami.. Edwart zwraca uwagę na znaczenie tego stłumienia w wielu chorobach piersiowych, »szczególniej u dzieci cierpiących

na zołzy i u innych osobników ze skłonnością do obrzmiewania gruczołów«.

»Od 7—12. kręgu nie otrzymujemy przy lekkiem opukiwaniu zupełnego stłumienia. W okolicy lędźwiowej odgłos jest jawny, tak samo w krzyżowej. Odgłos ma przytem osobliwą własność współdźwięku«.

W roku 1906 Fr. v. Korányi, który nie znał pracy Edwarta, ogłosił szkic wyników przy opukiwaniu kręgosłupa u zdrowego człowieka (9). U zdrowego człowieka rozróżnia Korányi przy opukiwaniu kręgosłupa od górnego końca szyjnej części kręgosłupa w dół ku kości guzicznej pięć oddzielnych odcinków — stref (10). »Szczególnie dwie strefy dają tak określony wynik przy opukiwaniu, że mogą służyć jako punkta oryentacyjne przy utrudnionem czasami obliczaniu kręgów. Jedna z nich, to część kręgosłupa od 5-go do 10—11-go wyrostka kolczystego, wydająca odgłos jawny, pełny, nie bębenkowy. W zupełnej sprzeczności do niej znajduje się odgłos opukowy wyrostka kolczystego 7-ego kręgu szyjnego, który wydaje zupełnie stłumiony odgłos. Pojedyncze odcinki dają następująco odgłosy: opukując górny koniec kręgosłupa słyszymy odgłos prawie zupełnie stłumiony, przy silniejszem opukiwaniu trochę bębenkowo brzmiący aż do 7-ego kręgu szyjnego (I strefa). Siódmy krąg szyjny wydaje odgłos stłumiony, opisany poprzednio. Poczynając od tego miejsca wydają wyrostki kolczyste kręgów piersiowych od 1—3-go odgłos mocno stłumiony, dalej zaś poniżej do 5-go odgłos stopniowo jawniejszy (II strefa). Od 5-go, brzmiącego w pojedynczych przypadkach trochę stłumienie, do 11-go, odgłos opukowy staje się pełnym, jawnym, nie bębenkowym (III strefa). Na 12-tym kręgu piersiowym odgłos jest silnie stłumiony. Stłumienie to ciągnie się, prawie się nie zmniejszając na sile, aż do wyrostka kolczystego 4-go kręgu lędźwiowego. Na 5-ym wyrostku przy silniejszem rozdęciu jelit, nawet wyżej, słychać bębenkowy współdźwięk (IV strefa). Na kości krzyżowej, szczególnie, gdy kręgosłup nie jest zbytnio napięty,

otrzymujemy w miarę jawny odgłos bębenkowy, brzmiący najgłośniej nad samą kością krzyżową (V strefa)«.

Korányi zadaje tedy pytanie, od czego zależy rodzaj odgłosu opukowego, czy zależy on od samych kręgów, czy też od narządów, otaczających kręgosłup i przylegających do niego? Korányi odpowiada na to pytanie, że ciała kręgów odgrywają przy opukiwaniu kręgosłupa rolę pojedynczych pukadeł. Dowód na to znajduje Korányi w różnicach odgłosów, wydawanych przez poszczególne kręgi, zależnie od ich położenia topograficznego. Tak np. 7. kręg szyjny wydaje odgłos stłumiony przy opukiwaniu, dokonywanem ze zwykłą siłą. Tymczasem, uderzając silniej w kręgi szyjne, tak, by uderzenie przenikało do leżących przed kręgosłupem jam gardła, ust i nosa, otrzymujemy, aczkolwiek słabo brzmiący, odgłos tych jam. Za drugi dowód, potwierdzający jego przesłanki, uważa Korányi różnice w odgłosie, gdy opukujemy kręgosłup przy otwartych i zamkniętych ustach. Przy oddychaniu ustami wydaje opukiwanie odgłos bębenkowy, przy oddychaniu nosem odgłos stłumiony. Różnica odgłosu zależy, jak to drogą doświadczeń wyjaśnił Donders, od tego, że brzegi języka przylegają przy oddychaniu nosem do brzegów ścian jamy ustnej, zaś część nasady języka przyciska się w ten sposób do nagłośni, że jama ustna odgranicza się szczelnie od jamy gardłowej, to jest, że przy oddychaniu przez nos zupełnie nie można brać w rachubę jamy ustnej, jako przestrzeni zupełnie pozbawionej powietrza.

Co się tyczy odgłosu nad kręgami piersiowymi, to charakter jego da się wytłómaczyć, gdy uprzytomnimy sobie, »że przed kręgosłupem na lewo od linii środkowej ciągnie się aorta, na prawo zaś od niej i w jej sąsiedztwie przełyk, przed przełykiem na prawo od linii środkowej tchawica, po jej rozdwojeniu się obydwa oskrzela na wysokości 3-go kręgu piersiowego. Przed kręgosłupem piersiowym znajdują się obydwa płuca, których tylne brzegi stykają się z sobą. Odpowiednio do położenia tych narządów, zawierających

powietrze, odgłos opukowy staje się ku dołowi jawniejszym, poczynając już od pierwszego kręgu piersiowego. Na 4-tym, względnie 5-tym kręgu piersiowym odgłos staje się pełnym, jawnym, nie bębenkowym w zależności od rozszerzających się w tem miejscu płuc i leżących tu obydwu oskrzeli. Pod wyrostkiem kolczystym 10-go kręgu piersiowego rozpoczyna się stłumienie, zależne od przylegających do kręgosłupa narządów, pozbawionych powietrza, jakoto: wątroby, śledziony, nerek; odpowiednio do tego 11-ty, wyraźniej jeszcze 12-ty wyrostek kolczysty wydaje przy opukiwaniu odgłos stłumiony. Kręgi lędźwiowe, leżące poniżej, stykają się aż do 4-go kręgu z pojemną aortą brzuszną i z wstępującą żyłą główną, 5-ty krąg styka się tylko z aortą. W jamie brzusznej leżą przed nim wypełnione powietrzem jelita. Warunki topograficzne tłómaczą stopniową zmianę stłumienia przy opukiwaniu od 1-go do 5-go kręgu lędźwiowego, zależnie od zawartości powietrza i siły opukiwania, na odgłos stłumiony bębenkowy, który na 5-tym wyrostku kolczystym brzmi wyraźnie bębenkowo«.

To teoretyczne wyjaśnienie potwierdza Korányi doświadczeniami. Na zwłokach, u których opukiwanie wydało opisane wyżej wyniki, otwierał Korányi jamę brzuszną przy pomocy cięcia, podwiązywał przełyk nad wpustem i wlewał do tak zamkniętego przełyku łyżkę stołową rtęci, by napiąć go więcej pionowo. Następnie przełyk wypełniano parafiną do pewnej wysokości. Po skrzepnięciu parafiny wydawał kręgosłup odgłos stłumiony, odpowiednio do wysokości słupka parafiny. Po usunięciu słupka parafiny odgłos jawny powracał. Do wywołania stłumienia wystarczały bardzo małe ilości parafiny — 4 cm^3.

Że pojedyncze kręgi rzeczywiście odgrywają rolę pukadeł przy opukiwaniu kręgosłupa w stosunku do leżących przed nim narządów, to udowodnił to Korányi, używając do opukiwania przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzucha zamiast pukadła poszczególnych kręgów o rozmaitym kształcie; otrzymywał on przytem nad płucami od-

głos jawny i odpowiednio do tego nad wątrobą odgłos stłumiony. Na zasadzie tej metody udało się Korányiemu już wtedy uczynić niektóre prawidłowe rozpoznania, potwierdzone następnie badaniem promieniami Röntgena, operacyą, lub sekcyą. Do najwięcej zajmujących, przytoczonych przez Korányiego przypadków należą: mięsak limfatyczny śródpiersia, tętniak aorty piersiowej, śledziona i wątroba ruchoma, torbiel trzustki, torbiel jajnika.

Dalej sprawę opukiwania kręgosłupa omawiali de la Camp (3) i uczeń jego Nagel (12). Badając chorych w swej poliklinice w Marburgu znalazł de la Camp stłumienie w jednym przypadku raka przełyku, w jednym przypadku zgrubienia opłucnej i w jednym przypadku mięsaka śródpiersia. Prócz tego stwierdzono stłumienie w danych miejscach w 24 przypadkach zmian szczytów płuc (wśród nich 3 dzieci w wieku od lat 14 i 21 osób dorosłych). Następnie znalazł de la Camp na 8. i 9. wyrostku kolczystym stłumienie w 20 przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej (wśród nich 3 dzieci w wieku lat 14). U 14 z pośród 26 dzieci badanych, a podejrzanych o gruźlicę gruczołów oskrzelowych, znalazł de la Camp stłumienie pod wyrostkiem kolczystym. Rozpoznanie zostało potwierdzone w 7 przypadkach przez badanie promieniami Röntgena [1]). Nagel przeprowadził w dalszym ciągu badania de la Campa w klinice uniwersyteckiej w Erlangen i znalazł wśród 50 dzieci, podejrzanych o gruźlicę gruczołów oskrzelowych, stłumienie na kręgosłupie w 16 przypadkach.

By wytłómaczyć układem warunków fizycznych [2]) stłumienie nad kręgosłupem, wstrzyknął Nagel w dwu przypadkach wosk względnie parafinę do tchawicy nienaruszonych zwłok przez długą cewkę, rozciąwszy poprzednio tchawicę poniżej miejsca jej podziału i próbował zapomocą opukiwania wyrostków kolczystych określić położenie zakrzepłej

---

1) M. Nagel str. 15 loco citat.

2) ibidem.

masy Po zaszyciu rany, powstałej wskutek rozcięcia tchawicy, otrzymał Nagel stłumienie na 5. i 6. wyrostku kolczystym. W trzecim przypadku, gdzie wstrzyknięta masa wylała się nie przed samym kręgosłupem, lecz na prawo obok niego, pomiędzy opłucną ścienną a płucami, otrzymano wyraźne stłumienie na 5. i 6. wyrostku kolczystym; stłumienia tego nie było przed wstrzyknięciem. Nagel sądzi, że stłumienie powstało w danym przypadku wskutek tego, że 15 cm^3 wosku odsunęły prawe płuco od kręgosłupa. Ilością minimalną wosku, która w tych doświadczeniach wywoływała stłumienie nad kręgosłupem, było 15 cm^3. Przy wstrzyknięciu 10 cm^3 nie było można jeszcze stwierdzić stłumienia.

Nagel objaśnia wpływ stosunków anatomicznych na wyniki opukiwania kręgosłupa w następujący sposób: »Przełyk i aorta nie wywołują stłumienia dźwięku, któreby można było wykazać zapomocą opukiwania, albowiem na przestrzeni od 5. do 10. kręgu piersiowego, gdzie obydwa leżą przed kręgosłupem, słyszymy odgłos pełny i jawny. Wobec tego niesłusznemby było uzależniać od nich stłumienie w obrębie pierwszego kręgu piersiowego. W danym przypadku odgrywałyby znaczną rolę płuca. W obrębie pierwszych kręgów piersiowych szczyty płuc nie dosięgają drgających trzonów kręgów. Śródpiersiowa tkanka łączna leży między niemi i znacznie przytłumia drgania kręgów, zanim jeszcze dosięgną one tkanki płucnej. Dalej — i na to wypadałoby położyć główny nacisk, — płuca na wysokości pierwszych 4 kręgów piersiowych są mało rozszerzone i wskutek tego charakter odgłosu opukowego jest naruszony. Odgłos opukowy zależy bowiem w pierwszej linii od współdrgania zawierającej powietrze tkanki płucnej, nie zaś od tworów powrózkowatych, jakimi są przełyk, aorta piersiowa i żyła główna. O ile tkanka płucna nie drga w całej pełni, o tyle nie możemy otrzymać odgłosu jawnego i pełnego. Taki wypadek zachodzi wtedy, gdy fale przed osiągnięciem tkanki płucnej muszą przejść przez po-

większone gruczoły wnęki, gdy tym sposobem pukadło staje się więcej masywne i traci na jednolitości, lub gdy jakiś nowotwór, jak np. większa gromada gruczołów podtchawicznych, odsuwa tkankę płucną od kręgosłupa i uciskając ją, zmniejsza jej objętość powietrzną.

Prócz tego zwraca Nagel uwagę, że »dzieci do 2-go roku życia włącznie mają serce typu »mitralnego« (Merkel), t. j. stosunkowo wielki lewy przedsionek, wobec czego zdawałoby się, że mogłoby to być źródłem omyłek przy ocenianiu wyników przy opukiwaniu kręgosłupa. Dla tego jeszcze raz wypadałoby wskazać, że stłumienie, wywołane przez lewy przedsionek leży niżej, niż stłumienie, sprawione przez obrzmienie gruczołów«.

Własne badania kliniczne.

Technika opukiwania kręgosłupa u dzieci.

Zanim przytoczę przypadki, badane przezemnie, zatrzymam się w krótkości na technice opukiwania kręgosłupa u dzieci. Wykonywałem opukiwanie zwykle w ten sposób: Dziecko usadawiano ze zwieszonemi nogami na brzegu stołu, zwrócone plecami do badającego. Dozorczyni ujmowała zwykle jedną ręką ręce dziecka i wyciągała je naprzód, drugą ręką wywierała ucisk na głowę dziecka, tak, by podbródek opierał się prawie o mostek; tułów przechylał się naprzód, kręgosłup tworzył zaś przytem wypukłą, prawie poziomą linię. Wymacywałem następnie wyrostek wystający i oznaczałem pierwszy, czwarty, siódmy i dwunasty wyrostek kolczysty piersiowy ołówkiem. Nadawałem temu znaczenie, ponieważ odstępy pomiędzy poszczególnymi wyrostkami ościstymi są bardzo małe (0,75 cm) i bez poprzedniego oznaczenia nie możnaby było się zoryentować co do wysokości i porządku poszczególnych wyrostków ościstych. Należy przytem uważać, aby dziecko zachowało zawsze ten sam kąt pochylenia, ponieważ skóra w okolicy

kręgosłupa łatwo się przesuwa i znaki ołówka mogą przesunąć się przy zmianie kąta pochylenia czasami o wysokość dwóch kręgów, wobec czego możliwe są znaczne omyłki przy zapisywaniu wyników. Co się tyczy samego opukiwania kręgosłupa, to lepiej udaje się ono przy opukiwaniu wyrostków kolczystych palcem. Używanie pukadła uważam wprost za chybiające celu, ponieważ: 1) nigdy nie możemy opukiwać przy pomocy pukadła tylko jednego kręgu, co jest niezwykle ważne dla dokładnego i wyraźnego określenia granic stłumienia; 2) ponieważ zatracamy poczucie oporu, który wyczuwamy zwykle pod palcem przy bezpośredniem opukiwaniu stłumień. Tymczasem poczucie oporu jest bardzo ważnym czynnikiem pomocniczym we wszystkich przypadkach wątpliwych. Co się tyczy siły opukiwania, to musi być ona indywidualizowana w każdym poszczególnym przypadku zależnie od wieku i od budowy dziecka. Osobiście próbowałem zwykle najsilniejszego i najsłabszego uderzenia, następnie zaś, opukując coraz słabiej, względnie mocniej, wybierałem taką siłę uderzenia, która w danym przypadku pozwalała mi najdokładniej rozróżniać zmianę zarówno odgłosu poszczególnych stref, jako też różnicę w poczuciu oporu.

Przy opukiwaniu kręgosłupa zajmowały mnie przeważnie stosunki odgłosu w obrębie od pierwszego do siódmego kręgu piersiowego, ponieważ obrzmienie łańcucha gruczołów tchawicznych i gromady gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, o które przedewszystkiem chodziło, mogły być wykryte przez opukiwanie tylko na tej przestrzeni. U dzieci zdrowych, u których odczyn Pirqueta wypadł ujemnie, wynik opukiwania kręgosłupa wypadł również ujemnie. U żadnego z przeszło 50 badanych dzieci nie mogłem stwierdzić stłumienia, odpowiadającego gruczołom podtchawicznym w miejscu 5-go kręgu piersiowego, jak to twierdzi Edwart. Opierając się na własnych mych badaniach odnoszę wrażenie, że kręgosłup zdrowego dziecka wydaje przy opukiwaniu zawsze odgłos jawny i nie daje uczucia zwię-

kszonego oporu. Poczynając od 7-go kręgu szyjnego, na którym odgłos ma charakter stłumiono-bębenkowy, staje się odgłos opukowy coraz jawniejszym aż do dolnego brzegu 4-go, względnie 5-go kręgu (jest to miejsce podziału tchawicy, jak się przekonałem w większości moich przypadków sekcyjnych). Zaraz pod 5. kręgiem odgłos brzmi jeszcze pełno i jawnie, dopiero stąd poczyna bardzo stopniowo zatracać swój dzwięczny charakter przy posuwaniu się opukiwania ku dołowi. U dzieci, podejrzanych o gruźlicę gruczołów tchawiczno-oskrzelowych i oddziaływających dodatnio na odczyn skórny i odczyn ukłucia, spotykałem często stłumienie nad kręgosłupem. Na razie nie mogę określić odsetkowego stosunku przypadków bez stłumienia do przypadków ze stłumieniem, raz że liczba przypadków jest stosunkowo mała, po drugie, ponieważ przypadki były wybierane podmiotowo o tyle, że dla badań mych poszukiwałem dzieci, u których spodziewałem się znaleźć gruźlicę i obrzmienie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Na razie mógłbym ująć me wrażenia w ten sposób:

Pośród 3—4 dzieci, podejrzanych o gruźlicę gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, z pewnością znajdzie się jedno ze stłumieniem nad kręgosłupem.

Pozwolę sobie przytoczyć kilka zajmujących wyciągów z historyi chorób i protokołów sekcyjnych, które posłużyły mi do wyrobienia sobie zdania o możliwości stosowania opukiwania kręgosłupa dla rozpoznania gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

Dzieci w pierwszym roku życia.

Przypadek I. **Wyciąg z historyi choroby.** Polcia Z. w wieku 2 miesięcy. Przyjęta z powodu przewlekłego odoskrzelowego zapalenia płuc (?). Odczyn skórny — ujemny. Odczyn ukłucia — ujemny (przy 0.001—0,01. C. 37,3 i 37,4). Ujemne wyniki odczynów tłómaczą się wyniszczeniem wysokiego stopnia. Narządy oddechowe: częsty, męczący, osobliwie brzmiący kaszel. Oddech średnio częsty, jednakowy z obydwu stron. Na

lewo z przodu, oraz w pasze wzmożone uczucie oporu przy opukiwaniu. Wzmożony opór przy opukiwaniu przechodzi po za tylną linię pachową w zupełne stłumienie, które u góry wyjaśnia się trochę. Osłuchiwanie: Nad prawem płucem mało wyrażony oddech oskrzelowy, rzężenia i szmer oddechowy pęcherzykowy. Na lewo z przodu oddech z lekka obostrzony. Z tyłu na lewo nad kątem łopatki wdech obostrzony, prawie oskrzelowy. Trzeszczenie na wysokości wdechu. Wdech nie zmieniony. Opukiwanie kręgosłupa wydaje odgłos jawny do 4. kręgu piersiowego, następnie wyraźne stłumienie do 7. kolczystego wyrostka piersiowego. Opukiwanie klatki piersiowej z obu stron tuż obok kręgosłupa wykazuje odgłos jawny, Kontrola promieniami Röntgena: Lewe płuco przeważnie w dolnej części wykazuje rozproszone cienie. Cień wspina się aż do szczytu płuc. Na prawo na wysokości podstawy szyi cień wielkości orzecha laskowego, przesuwający się przy oddechu.

Przypadek II. **Wyciąg z historyi choroby.** Henryś B. w wieku 5 miesięcy. Przyjęty wskutek gruźlicy gruczołów oskrzelowych. Odczyn skórny dodatni 13 mm. Odczyn ukłucia (0,01— C. 38,7). Wyraźne ruszanie skrzydłami nosowemi przy oddechu. Kaszel męczący, napadowy, ostro dźwięczący z odcieniem metalicznym (kaszel od gruczołów oskrzelowych). Oddech równy, czysty, od czasu do czasu utrudniony przy wydechu. Przy opukiwaniu z przodu na prawo od mostka (przy głębokiem opukiwaniu) skrócenie odgłosu i lekkie zwiększenie oporu. Tem wyraźniej słychać z tyłu w górze stłumienie, od dolnego kąta łopatki do szczytu płuc. Z lewej strony odgłos czysty, prawidłowy. Przy osłuchiwaniu: z obydwu stron liczne suche rzężenia. Po stronie prawej rzężenia wyrażone ostrzej i brzmiące przy wydechu więcej oskrzelowo. Z tyłu nad stłumieniem dają się słyszeć nieliczne drobne rzężenia, przypominające trzeszczenie. Przy wydechu oddech oskrzelowy słyszy się wyraźniej. Opukiwanie kręgosłupa stwierdza do czwartego wyrostka kolczystego odgłos stłumiony, następnie od czwartego do ósmego kolczystego wyrostka piersiowego odgłos wyraźnie jawny.

Kontrola promieniami Röntgena wykazuje z prawej strony cień wnęki wielkości pięści dziecka; na obwodzie cień wyjaśnia się stopniowo. Prawidłową jasność wykazują płuca tylko w dolnej swej części.

Wyciąg z protokołu sekcyi[1]. Podział tchawicy odpowiada 4. kręgowi piersiowemu. Przewlekła gruźlica ze znacznem powiększeniem i zserowaceniem prawych oskrzelowo-płucnych i tchawiczno-oskrzelowych gruczołów chłonnych, jak samo prawych gruczołów tchawicznych (łańcuch od pierwszego do czwartego kręgu piersiowego), to samo lewych tchawicznych gruczołów chłonnych, a także prawych gruczołów pod

[1]) Wszystkie sekcye dokonane przez prof. Ghona.

rozdwojeniem tchawicy. Częściowe zserowacenie przednich prawych gruczołów śródpiersia, oraz gruczołów nadobojczykowych z obydwu stron. Odosobnione żółte gruzełki wielkości główki od szpilki w gruczołach tchawiczno-oskrzelowych. Zserowaciałe ogniska wielkości orzecha greckiego na przyśrodkowej podstawnej powierzchni prawego płatu dolnego z gruźliczem zapaleniem opłucnej.

Przypadek III. **Wyciąg z historyi choroby.** Jaś N. w wieku 5 miesięcy. Przyjęty z powodu gruźlicy płuc. Opukiwanie wykazuje po stronie prawej z przodu pod obojczykiem stłumienie, ciągnące się w postaci pasa, 3 ctm. szerokiego, między obojczykiem a prawym brzegiem mostka. Na zewnątrz od linii sutkowej odgłos czysty i pełny. Przy osłuchiwaniu nic niezwykłego poza wilgotnemi rzężeniami, przeważnie po stronie prawej. Przy opukiwaniu kręgosłupa stłumienie od 2—5. kręgu piersiowego.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada górnemu brzegowi czwartego kręgu piersiowego. Przewlekła gruźlica lewych oskrzelowo-płucnych gruczołów chłonnych z równomiernem zserowaceniem poszczególnych lewych tchawiczno-oskrzelowych i tchawicznych gruczołów chłonnych. Częściowe zserowacenie i częściowe rozmięknienie jednego z przednich gruczołów chłonnych śródpiersia. Częściowe zserowacenie górnych prawych tchawiczno-oskrzelowych, oraz jednego prawego nadobojczykowego. Gruczoły dolne tchawiczno-oskrzelowe od 2—3 kręgu piersiowego, oraz prawe oskrzelowo-płucne tylko obrzmiałe, ale nie zajęte gruźlicą. Gruczoł pod rozdwojeniem wielkości włoskiego orzecha. Przebicie gruźliczego gruczołu chłonnego do oskrzela górnej części lewego dolnego płatu zaraz za podziałem głównego oskrzela dla dolnego płatu.

Przypadek IV. **Wyciąg z historyi choroby.** Andzia H., w wieku 7 miesięcy. Przyjęta z powodu gruźliczego zapalenia mózgu. Odczyn tuberkulinowy wyraźnie dodatni (C. 39.5). Odgłos opukowy płuc z przodu pełny i jawny, tak samo z lewej strony z tyłu. Nad prawym dolnym płatem względne stłumienie. W wysokim stopniu oddech oskrzelowy i oskrzelowy odgłos mowy. Brak rzężeń. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje względne stłumienie od pierwszego do trzeciego wyrostka piersiowego, poczucie oporu w tem miejscu wyraźnie wzmożone.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada 3. kręgowi piersiowemu. Gruźlica prosówkowa. W płucach małe jamy, wielkości orzecha, po części o gładkich ścianach, po części zserowaciałe w górnym płacie lewego płuca na przedniej powierzchni prawie w jego środku; w lewym górnym płacie zserowaciałe ognisko mniej więcej wielkości grochu. Przewlekła gruźlica z równomiernem częściowem zserowace-

niem lewych gruczołów chłonnych oskrzelowo-płucnych i lewych tchawiczno-oskrzelowych. Pojedyncze świeże gruzełki w kilku prawych gruczołach tchawiczno-oskrzelowych. Gruczoł pod rozdwojeniem wolny od gruźlicy.

Przypadek V. **Wyciąg z historyi choroby**. Henryś F. w wieku 7 miesięcy. Przyjęty do szpitala w ciężkim stanie przed południem, zmarł tego samego dnia o g. 10 wieczorem. Wywiady stwierdzają w tej samej rodzinie śmierć jednego z dzieci w wieku 3½ lat na »niedowład kręgosłupa« (?). Drugie dziecko umarło na zapalenie opon mózgowych. Trzecie umarło w wieku trzech miesięcy na nieżyt jelit. Przed trzema dniami zapadł chory na duszniсę. Opukiwanie kręgosłupa stwierdza względnie małe stłumienie od 4 do 6. kręgu piersiowego. Uczucie oporu jest w tem miejscu wzmożone.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Rozdwojenie tchawicy odpowiada czwartemu kręgowi piersiowemu. Rozlane ropne zapalenie oskrzeli z niedodmą i ogniskami zapalenia płuc w tylnych częściach obydwu dolnych płatów i tylnych górnych częściach prawego górnego płatu. Przekrwienie i małe obrzmienie gruczołów oskrzelowo-płucnych z obydwu stron.

Uwaga. Przypadek ten przedstawia się zajmująco z tego względu, że stan, stwierdzony na sekcyi, odpowiada ilościowo wynikowi badania klinicznego: tam też właściwie było minimalne stłumienie nad kręgosłupem i małe wzmożenie oporu. Przypadek ten za życia z tego względu został przezemnie zaliczony do przypadków ze stłumieniem nad kręgosłupem, że nie było tu tak wyrażonego jawnego odgłosu nad kręgosłupem, który się spotyka w warunkach fizyologicznych.

Przypadek VI. **Wyciąg z historyi choroby.** Augusta Sz., w wieku 8 miesięcy. Przyjęta wskutek gruźlicy płuc. Ojciec zmarł na gruźlicę płuc przed pół rokiem. Stan płuc: Napadowy kaszel, przypominający kaszel krztuścowy, z plwociną śluzowatą. W oddechu uczestniczą przeważnie górne części klatki piersiowej; oddech dość powierzchowny, 60 na minutę. Poczynając od grzebienia lewej łopatki ciągnie się, wzmagając się ku dołowi, stłumienie; tak samo w dolnej części pachy. Z lewej strony między łopatkami stłumienie na wysokości od 3 do 5. żebra. Na wszystkich tych miejscach oskrzelowe średniobańkowe i suche furczące rzężenia wraz z obostrzonym oddechem pęcherzykowym. Z lewej strony u dołu z tyłu oddech oskrzelowy z nieco metalicznym odcieniem. Stłumienie od 1 do 4. kręgu piersiowego, uczucie oporu wzmożone. Na przyległych ciągnących się obok kręgosłupa pasach obydwu stron odgłos jawny.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada dolnemu brzegowi 3. kręgu. Gruźlica prawych gruczołów chłonnych oskrzelowo-płucnych z równomiernem

zserowaceniem gruczołów na miejscu podziału głównego oskrzela. Przewlekła gruźlica z równomiernem zserowaceniem gruczołów chłonnych pod podziałem tchawicy, szczególnie z lewej strony. Zserowacenie gruczołów tchawicznych (łańcuch od 1 do 3. kręgu) z lewej strony.

Przypadek VII. **Wyciąg z historyi choroby.** Franek R., w wieku 8 miesięcy. Przyjęty wskótek gruźlicy płuc. Odczyn skórny dodatni. Wyraźne małe skrucenie odgłosu w prawej przestrzeni międzyłopatkowej. Z tej strony oddech więcej obostrzony, niż z lewej. Furczenie nad obydwoma płucami, szczególnie przy przedłużonym wydechu. Podczas snu oddech częsty — do 50, przytem poruszanie się skrzydeł nosa, ale bez typowego dyszenia wydechowego. To dyszenie zlekka słychać przy podnieceniu dziecka. Kaszel napadowy, wywołujący od czasu do czasu trudność oddechu. Przy opukiwaniu kręgosłupa stłumienie od 2 do 5. wyrostka kolczystego, pod tem stłumieniem kręgosłup wydaje odgłos jawny. Opukiwanie równoległych i przylegających do kręgosłupa pasów klatki piersiowej wykazuje odgłos daleko jawniejszy, niźli odgłos na kręgosłupie.

Kontrola promieniami Röntgena: Cień wielkości piąstki dziecięcej w okolicy prawej wnęki (gruczoły oskrzelowe); taki sam cień odpowiadający gruczołom tchawicznym.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada 4. kręgowi. Przewlekła gruźlica z równomiernem zserowaceniem i środkowem rozmięknieniem gruczołów chłonnych i gruczołu przy podziale tchawicy z prawej strony. Zserowacenie i środkowe rozmięknienie prawych gruczołów chłonnych, a także niektórych prawych tchawiczno-oskrzelowych. Częściowe zserowacenie niektórych prawych gruczołów śródpiersia prawej strony i niektórych górnych gruczołów tchawiczno-oskrzelowych lewej strony, a także niektórych tylnych gruczołów tchawicznych. Gruczoły oskrzelowo-płucne zupełnie niezajęte, tak samo gruczoły lewe pod podziałem tchawicy, oraz dolne lewe tchawiczno-oskrzelowe.

Przypadek VIII. **Wyciąg z historyi choroby.** Mania K., w wieku 8 miesięcy. Przyjęta wskutek dławca (?). Przed 6 dniami matka dziecka zauważyła rzężenie przy oddychaniu i zwracanie pokarmów, następnie stan chorej się poprawił. Dzień temu wystąpiło utrudnienie oddechu. Wobec wzmagającej się duszności, a uporczywego szczekającego kaszlu zwróciła się matka z dzieckiem do szpitala. Pierwsze dziecko umarło w wieku $2^1/_4$ lat na zapalenie opon mózgowych. Dziecko przyjęto do szpitala na 8. dzień choroby z silną dusznością na oddział błoniczy. Kaszel z chrypką. Intubacya rurką N. 1, wstrzyknięto 1400 jednostek antytoksyny. Stan obecny: Dziecko mizerne. Odczyn skórny wypadł dodatno. Na zewnętrznej powierzchni prawego biodra tu-

berkulid z łuszczeniem się środkowem. Gardło czyste. Wdech i wydech utrudnione. Oddech 66. Stłumienie na kręgosłupie od 1 do 4. kolczystego wyrostka piersiowego. Z prawej strony od tego miejsca odgłos skrócony i oddech oskrzelowy. Z przodu nie znać różnicy w stłumieniu, rzężeń niema.

Rozpoznanie. Gruźlica gruczołów oskrzelowych z objawami zwężenia. Po 141 godzinach intubacyi rurką, owiniętą w żelatynę ałunową, stan polepszył się znacznie. Ciepłota opadła z 38 na 37. Po 6 dniach stan znacznie się poprawił, duszność ustąpiła. Opukiwanie kręgosłupa stwierdziło stłumienie nie dalej niż do 3. wyrostka kolczystego, daleko mniej wyraźne. Badanie promieniami Röntgena, podjęte w 3 dni później, wydało wyniki ujemne. Badanie co do laseczników Löfflera, podejmowane co parę dni, wypadało zawsze ujemnie. Dziecko zostało przez matkę zabrane. Po dwóch dniach matka odniosła je z powrotem do szpitala, ponieważ dziecko znowu miało silny napad duszności. Opukiwanie kręgosłupa wykazało znowu wzmożone stłumienie od 1 do 4-go kręgu.

Uwaga: Przypadek ten przytaczam na dowód, że obrzmienie gruczołów oskrzelowych może być przejściowem.

Dzieci w drugim roku życia.

Przypadek IX. **Wyciąg z historyi choroby.** Frania P., w wieku 21 miesięcy. Przyjęta wskutek gruźlicy. Choruje od 3 miesięcy. — Silny kaszel, wymioty, rozwolnienie. Odczyn skórny wypadł dodatnio (—16,11 m). Odczyn ukłucia (20×15, ciepłota 38,6). Małe tylnoboczne skrzywienie kręgosłupa w górnej części kręgów piersiowych i w części lędźwiowej.

Narządy oddechowe: Głos wolny. Oddech trochę przyśpieszony. Opukiwanie klatki piersiowej nie może być wyzyskane z powodu nieprawidłowej budowy klatki piersiowej. Z przodu u góry do 4. żebra względne stłumienie, z lewej strony z boku, poczynając od 6. żebra w dół, lekkie skrócenie odgłosu. Po stronie prawej z tyłu nad wierzchołkiem i na garbie odgłos silnie skrócony, nad dolnemi częściami względne stłumienie. Przy osłuchiwaniu z przodu wszędzie pęcherzykowy wdech i przedłużony wydech. Po stronie prawej z przodu u góry wzmożone drżenie głosowe. Po stronie prawej z tyłu obok kręgosłupa w przestrzeni międzyłopatkowej wdech nieokreślony, wydech oskrzelowy. W dolnym płacie współdźwięczne rzężenia średniobańkowe furczące. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje stłumienie od 4 do 6. kręgu piersiowego.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada dolnemu brzegowi 4. kręgu piersiowego. Przewlekła gruźlica

oskrzelowo-płucnych gruczołów chłonnych prawej strony z równomiernem zserowaceniem dolnych i częściowem zserowaceniem górnych, częściowe zserowacenie tchawicznych prawych i niektórych lewych, oraz niektórych górnych tchawiczno-oskrzelowych lewej strony. Pojedyncze gruzełki wielkości prosa w oskrzelowo-płucnych lewych gruczołach chłonnych. Przewlekła gruźlica gruczołów chłonnych pod podziałem tchawicy z równomiernem zserowaceniem prawych i częściowem lewych gruczołów.

Przypadek X. **Wyciąg z historyi choroby.** Helenka D., w wieku 13 miesięcy. Przyjęta wskutek przymiotu i gruźlicy. Odczyn ukłucia bardzo wyraźny. Narządy oddechowe: Głos wolny. Oddech wolny, bez kaszlu, płuca prawidłowe z wyjątkiem płatu prawego dolnego, w którym rzężenia wilgotne, oskrzelowe i lekkie skrócenie odgłosu. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje stłumienie od 1 do 4. kręgu piersiowego i wzmożone poczucie oporu.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada górnemu brzegowi czwartego kręgu piersiowego. Rozmięknienie prawych gruczołów pod podziałem tchawicy z uciskiem prawego głównego oskrzela. Pojedyncze gruzełki zserowaciałe wielkości prosa, oraz świeże szare gruzełki w niektórych prawych oskrzelowo-płucnych gruczołach chłonnych. Liczne świeże szare gruzełki w tchawiczno-oskrzelowych gruczołach chłonnych prawej strony, częściowo z rozpoczynającem się zserowaceniem w gruczołach około-tchawicznych prawej i lewej strony, a także w niektórych tchawiczno-oskrzelowych lewej strony. To samo w przednich gruczołach śródpiersia. Lewe gruczoły oskrzelowo-płucne zdają się być niezajęte.

Dzieci w trzecim roku życia.

Przypadek XI. **Wyciąg z historyi choroby.** Marysia W., w wieku 2 lat. Przyjęta z powodu wyprysku zołzowego twarzy i kurczu powiek. Kaszlu niema. Odgłos nad plecami jawny. Oddech pęcherzykowy z tyłu z lewej strony ostrzejszy, niż z prawej. Odczyn skórny wyraźnie dodatni. Odczyn ukłucia dodatni. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje stłumienie i wzmożone uczucie oporu w obrębie 2 do 4. kręgu piersiowego.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Zwapnienie i zserowacenie prawych gruczołów tchawiczno-oskrzelowych i prawych tchawicznych, a także niektórych górnych lewych tchawiczno-oskrzelowych. Zrośnięcie

się prawych tchawiczno-oskrzelowych z przyśrodkową powierzchnią prawego górnego płatu. Zwapnienie gruczołu pod podziałem tchawicy. Gruzełki prosówkowe w gruczołach oskrzelowo-płucnych obydwóch stron; małe zwapniałe ognisko w oskrzelowo-płucnym prawym gruczole.

Przypadek XII. **Wyciąg z historyi choroby.** Józio K., w wieku 3 lat. Przyjęty z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w stanie bardzo ciężkim. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje stłumienie od 2 do 4. kręgu piersiowego.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada środkowi 3. kręgu piersiowego. Przewlekła gruźlica gruczołów oskrzelowo-płucnych i tchawiczno-oskrzelowych obydwu stron z równomiernem zserowaceniem i silnem powiększeniem prawych i częściowem zserowaceniem lewych gruczołów. Przewlekła gruźlica gruczołów chłonnych pod rozdwojeniem tchawicy, prawe zserowaciałe równomiernie, lewe częściowo. Poczęści równomierne, poczęści częściowe zserowacenie gruczołów przednich śródpiersiowych i prawych nadobojczykowych oraz głębokich tchawicznych.

Dzieci w 4. do 5. roku życia.

Przypadek XIII. **Wyciąg z historyi choroby.** Karolcia A., w wieku 5 lat. Przyjęta z powodu zołzów. W prawej przestrzeni międzyłopatkowej stłumienie i oddech oskrzelowy. Zresztą niema żadnych zmian w płucach. Odczyn skórny 15 mm. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje stłumienie w obrębie górnych kręgów piersiowych do 4. wyrostka kolczystego.

Przypadek XIV. **Wyciąg z historyi choroby.** Rudolf H., w wieku 4 lat. Przyjęty z powodu znacznego zwężenia tchawicy, oraz wywołanej przez to duszności. Z tego powodu dziecko przed paru dniami intubowano w jednym ze szpitali, jako podejrzane o dławiec (porównaj z przypadkiem 8).

W ostatnich dniach zauważyła matka podniesienia ciepłoty, kaszel, oraz stałe utrudniony oddech. W nocy częste poty. Kręgosłup wykazuje podwójny garb, pomiędzy łopatkami i w okolicy lędźwiowej. Wyrostki kolczyste nie są czułe na ucisk. Narządy oddechowe: Oddech równomierny w obydwu połowach klatki piersiowej. Kaszel dość częsty, często ochrypły, brzmiący metalicznie. Głos jasny. Opukiwanie wykazuje: z przodu i z tyłu odgłos jawny głośny. Z tyłu udaje się odgraniczyć wyraźnie granice stłumienia. Dolny brzeg stłumienia przechodzi pod czwartym kręgiem piersiowym przez linię środkową, zachodzi półkolem do przyśrodkowego końca grzebienia łopatki, z prawej strony brzeg opuszcza się linią półkolistą trochę niżej i dosięga grzebienia o 1 cm. na zewnątrz od przyśrodkowego końca. W górę

granica nie daje się tak wyraźnie określić. Przy osłuchiwaniu słychać przedłużony wdech, krótki wydech, obydwu towarzyszy rzężenie. Z przodu na lewo u góry w kącie między obojczykiem, a lewym brzegiem mostka, słyszymy wyraźny wdech i wydech, natomiast z tyłu na miejscu stłumienia oddech nie okazuje charakteru chorobowego. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje stłumienie nietylko na opisanem powyżej miejscu, lecz stłumienie to ciągnie się w dół po wyrostkach kolczystych do 7. kolczystego wyrostka piersiowego. Przy powtórnem opukiwaniu kręgosłupa po 4 tygodniach, w ciągu których dziecko leczono tuberkuliną, opukiwanie kręgosłupa wykazało stłumienie tylko do 4 kręgu piersiowego.

Kontrola promieniami Röntgena, podjęta jednocześnie z pierwszem opukiwaniem kręgosłupa, wykazuje odpowiednio do miejsca stłumienia od 4. do 6. kręgu piersiowego silny cień wnęki.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Sprawa gruźlicza przed kręgosłupem na wysokości kręgu 4, 5, 6, zajmująca przestrzeń wielkości jabłka, oraz ostre zapalenie opłucnej ściennej. Po stronie prawej obok kręgosłupa całkowite i częściowe zwapnienie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych lewych i częściowe zwapnienie niektórych przednich śródpiersiowych lewych. oraz niektórych górnych tchawiczno-oskrzelowych prawej strony. Kilka małych zwapniałych ognisk w prawym gruczole pod podziałem tchawicy i w prawych oskrzelowo-płucnych. Całkowite zwapnienie niektórych gruczołów oskrzelowo-płucnych lewych.

Przypadek XV. **Wyciąg z historyi choroby.** Rózia K., w wieku 4 lat. Przyjęta z powodu guza gruczołów krezkowych. Odczyn skórny wypadł dodatnio (6,8). Odczyn ukłucia (0,1 C. 39,7). Stan płuc: kaszlu niema, oddech wszędzie pęcherzykowy. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje stłumienie między 3. a 5. kręgiem piersiowym. Po 6 tygodniach ponowne opukiwanie kręgosłupa wykazało daleko silniejsze stłumienie w tem samem miejscu.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Przewlekła gruźlica z zupełnem zserowaceniem i częściowem zwapnieniem lewego gruczołu tchawiczno-oskrzelowego i przebiciem gruczołu oskrzelowo-płucnego do oskrzela 1 rzędu płatu górnego lewego.

Dzieci w siódmym roku życia.

Przypadek XVI. **Wyciąg z historyi choroby.** Mania H., w wieku 6$^1/_2$ lat. Przyjęta z powodu zapalenia płuc po odrze. Przechodziła odrę przed. trzema tygodniami. Potem kaszel z silną gorączką z wieczora. Poty w nocy. Do szpitala przyjęta w stanie

ciężkim. Odczyn skórny wypadł ujemnie. Fakt ujemnego odczynu wytłómaczono niedługo przedtem przebytą odrą. Przy opukiwaniu płuc wszędzie odgłos nadzwyczaj jawny, z przodu u góry z odcieniem bębenkowym. Pojemność płuc powiększona. Przy osłuchiwaniu stwierdzamy wszędzie w płucach wdech nieokreślony, czasem trochę obostrzony, ale nigdzie niema wdechu oskrzelowego. Wydech przedłużony i obostrzony; wszędzie obfite drobnobańkowe trzeszczące rzężenia, a także świszczące szmery oskrzelowe. Częsty wolny kaszel bez wydzieliny. Rozpoznanie kliniczne: Gruźlica prosówkowa po odrze. Opukiwanie kręgosłupa stwierdza stłumienie od 5 do 7 kolczystego wyrostka piersiowego wraz ze wzmożonem uczuciem oporu.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Śluzowo-ropne rozlane zapalenie oskrzeli z obfitemi masami wysięku w oskrzelach. Gruźlicy niema. Gruczoł pod rozdwojeniem tchawicy wielkości migdała, miękі, ciemo-szaro-czerwony i po części dotknięty pylicą węglową. Gruczoły tchawiczne obrzmiałe leżą »in situ« między 4 a 7 kręgiem piersiowym.

Uwaga: Przypadek ten przytaczam jako dowód, że zapalenie płuc bez gruźlicy może pociągnąć za sobą obrzmienie gruczołów oskrzelowych i naśladować przy opukiwaniu gruźlicę tych gruczołów.

Dzieci w wieku starszym od lat 10.

Przypadek XVII. **Wyciąg z historyi choroby.** Karolek M., przyjęty z powodu błonicy z powodu błonicy gardła. Odczyn skórny słabo dodatni. Przy opukiwaniu kręgosłupa słychać ściśle ograniczone stłumienie ze wzmożonem poczuciem ciem oporu na 5-tym kręgu piersiowym (tak jak to opisuje W. Edwart).

Przypadek XVIII. **Wyciąg z historyi choroby.** Anusia M., w wieku 11 lat. Przyjęta z powodu ropnia pod pachą. Odczyn skórny wyraźnie dodatni. Odczyn tuberkuliczny (C. 40). Twarz wykazuje ślady zołzów. Lewe płuco swobodne. Nad prawym szczytem odgłos trochę skrócony. Nad dolnym prawym płatem stłumienie szerokości 5 ctm., w postaci pasa ciągnące się od linii sutkowej do linii pachowej. Ponad niem oddech osłabiony. Opukiwanie kręgosłupa stwierdza stłumienie z wyraźnie wzmożonem poczuciem oporu od 5 do 7 wyrstka kolczystego.

Przypadek XIX. **Wyciąg z historyi choroby.** Anusia K., w wieku lat 13. Przyjęta z powodu zapalenia opłucnej i gruźlicy. Odczyn skórny wypadł dodatnio. Prawe płuco pozostaje przy oddychaniu w tyle. Z przodu opukiwanie i osłuchiwa-

nie stwierdza stosunki prawidłowe. Górna granica stłumienia od strony prawej i z przodu na przedniej linii pachowej w poprzek przez pachę. Linia stłumienia przechodzi następnie przez dół nadgrzebieniowy do przyśrodkowego końca grzebienia łopatki. U dołu stłumienie jest prawie zupełne. Objętość prawej połowy klatki piersiowej jest o 1/2 ctm. mniejsza od objętości lewej połowy. Przy osłuchiwaniu słychać osłabiony oddech w miejscu stłumienia, zresztą wszędzie oddech pęcherzykowy. Przy opukiwaniu kręgosłupa zupełnie wyraźne stłumienie od 5. do 9. kręgu piersiowego. Z lewej strony na równoległym do stłumienia na kręgosłupie pasie klatki piersiowej przy opukiwaniu odgłos jawny. Z prawej strony na odpowiedniem miejscu stłumienie daleko mniej wyraźne, niż stłumienie na kręgosłupie.

Przypadki, w których nie było stłumienia na kręgosłupie, albowiem, jak to wykazała sekcya, nie było ku temu warunków anatomicznych.

Przypadek XX. **Wyciąg z historyi choroby.** Juluś C., w wieku 2 lat. Przyjęty z powodu nowotworu w lewej części jamy brzusznej. Odczyn skórny wypadł ujemnie. Stan płuc: Oddech swobodny. Głos czysty, kaszlu niema. Opukiwanie i osłuchiwanie stwierdza wszędzie stosunki prawidłowe. Niema stłumienia na kręgosłupie.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Niema gruźlicy. Niema powiększenia gruczołów oskrzelowych.

Przypadek XXI. **Wyciąg z historyi choroby.** Karolek H., w wieku 6 lat. Przyjęty z powodu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Nakłucie lędźwiowe wykazuje dwoinki i krwinki białe wielojądrzaste. Stan płuc prawidłowy zarówno przy opukiwaniu, jak i przy osłuchiwaniu. Niema stłumienia na kręgosłupie.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Podział tchawicy odpowiada czwartemu kręgowi. Niema gruźlicy. Gruczoły tchawiczno-oskrzelowe nie są powiększone.

Przypadek XXII. Terenia J., w wieku 11 lat, przyjęta z powodu niedomykalności zastawki dwudzielnej. Opukiwanie kręgosłupa wykazuje odgłos jawny aż do 8 wyrostka kolczystego.

Wyciąg z protokołu sekcyi. Niema gruźlicy. Niema powiększenia gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych. Zwapniałe ognisko wielkości główki od szpilki w jednym z gruczołów tchawiczno-oskrzelowych prawej strony.

Na zasadzie przytoczonych powyżej przypadków, w których powiodło mi się sprawdzić wyniki badania kli-

nicznego promieniami Röntgena lub obdukcyą, doszedłem do wniosków następujących:

1) Opukiwanie kręgosłupa stwierdza u zdrowych dzieci poczynając od 7. kręgu szyjnego, gdzie odgłos jest jeszcze przytłumiono-bębenkowy, — jawny pełny odgłos, który począwszy od 5—6. kręgu piersiowego stopniowo staje się więcej stłumiony.

2) Najczęściej stłumienie na kręgosłupie występuje w wieku dziecięcym przy gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych w obrębie od 1. do 5. kręgu piersiowego. Stłumienie w obrębie od 1. do 4. kręgu piersiowego odpowiada łańcuchowi tchawicznych gruczołów oskrzelowych. Stłumienie na 4. do 5. kręgu (u dzieci starszych na 6. kręgu) odpowiada powiększeniu gruczołu, leżącego pod podziałem tchawicy.

3) Wyniki opukiwania kręgosłupa odpowiadają prawie ściśle wynikom obdukcyi. Granice i siła stłumienia odpowiadają zmianom anatomicznym, znalezionym na zwłokach.

4) Stłumienie na kręgosłupie dowodzi tylko powiększenia gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, nie zaś gruźliczego charakteru tego powiększenia. (Przypadek XVI dowodzi, że zapalenie płuc bez gruźlicy może wywołać obrzmienie gruczołów). Tylko w związku z dodatnim odczynem skórnym Pirqueta i z odczynem ukłucia Eschericha może być rozpoznawana gruźlica gruczołów tchawiczno-oskrzelowych przy stłumieniu na kręgosłupie.

5) Opukiwanie kręgosłupa może być stosowane dla rozpoznania gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych jako jedna z najpewniejszych metod rozpoznawczych.

6) Stłumienie na kręgosłupie może nie być stałem, może ono zmniejszać się, albo powiększać (Przypadki 8, 14, 15).

7) Powiększenie serca nawet w przypadkach tak zwanego »cor bovinum« (Przyp. 22) nie wywołuje stłumienia

w okolicy odpowiadającej gruczołom tchawiczno-oskrzelowym, Sprawione tem stłumienie mogłoby leżeć tylko poniżej 8. kręgu piersiowego, co byłoby za nizko dla stłumienia, wskazującego na powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

8) Boczne skrzywienia i garby kręgosłupa, rozwinięte w nieznacznym stopniu, bez zmiany w samych kręgach, nie wpływają na wyniki, otrzymane przy opukiwaniu kręgosłupa.

9) Opukiwanie kręgosłupa umożliwia wczesne rozpoznanie gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych i w tych także przypadkach, gdzie badanie promieniami Roentgena nie daje jeszcze wyników dodatnich.

Piśmiennictwo.

(1) Auenbrugger L. Neue Erfindung mittels des Anschlagens an dem Brustkorbe. Übersetzung von J. Unger, Wien 1843 § 3 p. 4. S. 7.

(2) Barety A. De l'adenopathie tracheo-bronchique etc. Paris 1874.

(3) De la Camp. Die klinische Diagnose der Vergrösserung der intrathorakalen Lymphdrüsen. Med. Klinik 1906 Nr 1.

(4) — Demonstrationen von Frontalserienschnitten zwecks metodischer Organumgrenzung im Röntgenbilde. Verhandl. des 21 Kongr. für inn. Med. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

(5) — Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. I Tom 1908 S. 566—567.

(6) Edwart W. The practical aspects of dorsal perkussion and in particular of the percussion of the spine. The Lancet 1899 July 29. pag 261.

(7) Fernet M. Bulletins de l'Académie de médicine. Paris. Octobre 11 1898.

(8) Hermann i Rüdel. Die Lage der Eingeweide, an einer Serie von Frostschnitten dargestellt. Erlangen 1896 Th. Bleasing przytoczone według Nagla.

(9) v. Koranyi »Orvosi Hetilap« 1906. Nr. 1, przytocz. wedł. Koranyiego.

(10) — Über den Perkussionsschall der Wirbelsäule und dessen diagnostische Verwertung. Zeitschr. für klin. Med. 1906. T. 60, S. 295.

11) Most Ang. Die Topographie des Lymphgefässapparates etc. Stuttgart 1908.
12) Nagel M. Der physikalische Nachweis vergrösserter Bronchial und Mediastinaldrüsen. Inaug. Dissertation Erlangen 1907.
(13) Österreich i de la Camp. Anatomie und physikalische Untersuchungsmethoden. Berlin 1905. S. Karger. S. 200, przytoczone według Nagla.
14) Piorry B. A. De la percussion médiate et des signes obtenus a l'aide de ce nouvean moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris, Baillère 1828. Tłóm. niem. F. A. Balliny S. 57=61.
15) — Traite de Plessimetrisme. Paris 1866, przytocz. wedł. Edwarta.
)16) Sukiennikow W. Topographische Anatomie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen, Inaug. Dissert. Berlin. 1903.
(17) Widerhofer H. Die Erkrankungen der Bronchialdrüsen. Gerhardt's Handb. der Kinderkr. Tübingen 1878 III. T., II cz., S. 979—983.
)18) Capucio D. La percussione della colonna vertebrale nei bambini. Appunti di semiotica infantile. La Pediatria 1904 Marto.

W sprawie dyetetycznego leczenia wyprysku u niemowląt.

Podał

Dr Stefan Kramsztyk
asystent kliniki.

Znana ogólnie jest uporczywość i niezmierna trudność leczenia wyprysku przewlekłego u niemowląt. Gdy wyprysk ostry jest bezsprzecznie jedynie czysto skórną chorobą, to wyprysk przewlekły musi być uznawany wbrew twierdzeniu Hebry i Kaposiego za chorobę ustrojową, a raczej za jeden z objawów cierpienia, któremu podlega cały organizm. Związek wyprysku z całym ustrojem dziecka, a przedewszystkiem z podawanym mu pokarmem, znany był już klinicystom z początkiem ubiegłego wieku (Henke, Jörg), w nowszych czasach zwrócił nań uwagę Bohn, oraz autorzy francuzcy.

W nową fazę rozwoju wstąpił ten pogląd na wyprysk z chwilą wprowadzenia przez Czernego do kliniki nowe postaci chorobowej — t. zw. »skazy wysiękowej« (Exsudative Diathese[1]). Cały szereg objawów, u dzieci spotykanych, niesłusznie zaliczany bywa zdaniem Czernyego do zołzów, a stanowi właściwie obraz pewnego wrodzonego zboczenia ustrojowego — »skazy wysiękowej«. Do objawów tych zalicza Czerny łuszczycę języka (Landkartenzunge),

---

[1]) por. A. Czerny »Die exsudative Diathese«. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 61. 1905.

załupieżenie ciemiączka (Gneiss), ognipiór, świerzbiączkę (prurigo), a obok niej pokrzywkę i ognik (strophulus), dalej dychawicę, oraz skłonność do zapaleń gardła i migdałków. Według Czernego trzy czynniki mają wpływ przeważny na rozwój skazy wysiękowej: rodzaj pożywienia, stan układu nerwowego oraz przebieżne zakażenia, wskutek których właśnie powstaje wyprysk. W wieku niemowlęcym objawia się skaza wysiękowa właśnie przeważnie w postaci wyprysku i stanowi tu istny »crux medicorum«, jak się trafnie wyraża Heubner. Marfan, który już przed laty piętnastu[1]) wskazał na ścisły związek pomiędzy przekarmianiem a wypryskiem, rozróżnia dwie postacie wyprysku, a podział ten, mający ważne znaczenie przy wskazaniach do leczenia dyetetycznego, w ostatnich czasach przyjmuje w zupełności Feer[2]).

Jedna postać — to wilgotny strupiasty wyprysk głowy, rozpoczynający się zwykle od łojotoku na owłosionej części głowy, a powoli obejmujący też policzki i uszy, rzadziej i w mniejszym stopniu szyję, tułów i kończyny. Postać ta, spotykana przeważnie u dzieci przekarmianych, tłustych, ciastowatych, najczęściej przy piersi, stanowi to, co niemcy zwą pospolicie »Milchgrinde«, a francuzi »croûtes de lait«, »châpeau«, »crasse de tête«. Postać drugą zarówno Marfan, jak i Feer charakteryzują jako rozsiany wyprysk suchy, składający się z rozrzuconych czerwonych, łuszczących się wysepek kształtu okrągłego lub nieregularnego. Ta druga postać występuje prawie wyłącznie u osesków, karmionych sztucznie; są to dzieci wychudzone, blade, często dotknięte

[1]) Marfan: »Les éczemes des nourrissons, leurs rapports avec les vices de l'alimentation et les troubles digestifs«. La Semaine méd. 1894 str. 138.

[2]) por. Feer: »Zur Pathologie und Therapie des konstitutionellen Sänglingseczems«. Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 24, oraz tenże: »Zur Klinik und Therapie des konstitutionellen Säuglingseczems«. Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 3.

krzywicą, przeważnie z przewlekłemi zaburzeniami odżywiania i z wzdętym brzuchem.

Z jednej strony niepowodzenia przy stosowaniu leków zewnętrznych, z drugiej zaś rozpowszechnianie się wśród pedyatrów idei Czernego, coraz więcej kierowały uwagę klinicystów na dyetetyczną metodę leczenia wyprysku; jednakże ograniczenie ilości podawanego mleka, jak to radzi Czerny, nie u wszystkich dzieci daje się pomyślnie przeprowadzić. Ten to wzgląd, a po części też spostrzeżenia kliniczne oraz badania doświadczalne spowodowały niedawno Finkelsteina do wystąpienia z nową metodą dyetetyczną przy wyprysku[1]). Doszedł on mianowicie do wniosku, że częścią składową mleka, która właśnie wpływa na uporczywość wysypki, są sole, zawarte w serwatce. Teoretycznym punktem wyjścia dla Finkelsteina była badania Meyera nad przemianą materyi u dzieci, dotkniętych wypryskiem[2]); Meyer znalazł mianowicie, że przy niedostatecznem odżywianiu ilość soli wolnych jest u dziecka dotkniętego wypryskiem większa, aniżeli u zdrowego, oraz że pod wpływem pokarmu, obfitującego w tłuszcz, lecz zawierającego mało soli, następuje związanie soli w ustroju. Finkelstein przypuszcza[3]), że przy wyprysku następuje zmniejszenie się tego ciążenia tłuszczu ku solom, wskutek czego nie cała sól podlega złożeniu w ustroju, lecz pozostaje pewna część patologiczna, która właśnie jest w związku z powstawaniem wyprysku. Stąd wskazanie dyetetyczne: więcej tłuszczu, a mniej soli. Aby to osiągnąć, podaje Finkelstein następujący sposób: Litr mleka poddaje się przy 40° działaniu wyciągu (essencyi) podpuszczkowego (cztery łyżeczki na litr);

---

1) Finkelstein: »Zur diätetischen Behandlung des konstitutionellen Sänglingsekzems«. Mediz. Klinik 1907. Nr. 37.

2) «Salzstoffwechsel beim normalen und ekzematösen Sängling«. Freie Vereinigung für wissenschaftliche Pädiatrie. por. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1908.

3) por. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. 1908, »Gesellschaft der Charité-Aerzte» posiedzenie 4/VI. 08.

poczem usuwa się znaczną część serwatki, pozostawia się tylko $^1/_5$ jej, a w miejsce reszty dolewa się kleiku owsianego aż do poprzedniej ilości. Strąt oddziela się przez sito i kilkakrotnie przepłukuje się wodą, poczem przecisnąwszy przez sito, dodaje go się do mieszaniny serwatki i kleiku; po zamieszaniu i dodaniu 20—40 gramów zwyczajnego cukru pokarm jest gotowy do użytku. Stosując tak przygotowane, czyli prawie zupełnie soli pozbawione mleko, miał Finkelstein doskonałe wyniki przy wyprysku; już po 3-4 dniach zaczerwienienie skóry zaczynało blednąć, wydzielanie zmniejszało się, po tygodniu skóra była już sucha, przekrwienie i łuszczenie się również powoli znikało, swędzenie ustępowało i stan ogólny się poprawiał. Najpóźniej w trzecim tygodniu leczenia można było skórę uważać za zdrową; obok dyety stosował Finkelstein maści łagodzące. Nie należy jednak według Finkelsteina łudzić się co do zupełnego wyleczenia; wada ustrojowa pozostaje, usuwa się tylko chwilowo jeden z objawów, który po powrocie do zwykłego pokarmu zjawia się znowu. Metoda, podana przez Finkelsteina, szybko została przez pedyatrów zastosowana, aczkolwiek zdania o skuteczności jej okazały się podzielone. Gdy jedni stali się bezwzględnymi jej stronnikami, to drudzy zajęli nader sceptyczne stanowisko. Feer i Czerny[1]) mieli wyniki ujemne, Würtz[2]) zaś i Witzinger[3]) spostrzegali pogorszenie się stanu ogólnego, znaczną utratę na wadze, oraz często występowanie ciężkich objawów dyspeptycznych. Nader względne powodzenie miał Spiethoff[4]), który nie przyznaje nowej metodzie żywienia bezpośredniego wpływu na

---

1) »Freie Vereinigung für wissenschaftliche Pädiatrie. Münch. med. Woch. 08. Nr. 15.

2) por. Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 24.

3) »München. Gesellschaft für Kinderheilkunde« Münch. med. Woch. Nr. 47. 1908.

4) »Erfahrungen mit der Finkesteinschen salzarmen Kost beim Säuglingsekzem, beim Strophulus und Pruritus infantum«. Deutsche med. Wochenschr. 1908. str. 1190.

wyprysk. Inni tymczasem, jak Klotz, Langstein[1]) oraz Mendelsohn[2]) byli pod każdym względem z nowego sposobu zadowoleni; Geissler[3]) z powodzeniem zastosował go u starszych dzieci.

W zakładzie naszym dyetę, podaną przez Finkelsteina, zaczęto stosować wnet po ogłoszeniu jej i to zarówno na oddziale, jak i poliklinicznie, przyczem znaczna część dzieci otrzymywała pokarm gotowy, przyrządzony w kuchni mlecznej. Wyniki dotychczasowe przedstawiają się nader rozmaicie i w ogólnym zarysie odpowiadają wynikom, otrzymanym na innych klinikach. Poniżej podaję przebieg sześciu przypadków, które wszystkie leczone były na oddziale.

I. Karol M., urodzony d. 5/XII. 07, karmiony flaszką od początku; ostatnio $1^1/_4$ litr. mleka, papka, jarzyna, kompot. Od kwietnia 1907 wysypka na twarzy. 6. XII. Cała twarz oprócz oczu i nosa opuchnięta, w nader wielu miejscach pokryta wilgotnymi wrzodami, miejscami zaschnięta wydzielina krwawa lub ropna. Na owłosionej części głowy zaschnięte strupy; na uszach objawy te same, co i na twarzy. Wątroba duża. Od d. 6. XII. otrzymuje chory 750 grm. zupy Finkelsteina, jarzynę, powidła z jabłek, od 13/XII. 1.200 grm. zupy. Obok tego z początku maść lenicetowa, a od 14. XII. $5^0/_0$ maść tumenolowa. 10. XII. Skóra na twarzy prawie sucha, naciekła. Strupy na głowie rozpuszczają się. 15. XII. Wyrzut na prawej połowie twarzy jeszcze nieco mokry. 19. XII. Wyrzut prawie zupełnie suchy. 23. XII. Skóra na twarzy jeszcze naciekła i zaczerwieniona, ale sucha. 26. XII. Zaczerwienienie znacznie bledsze. Waga w d. 6. XII.: 9.000 grm., w d. 22. XII. 8.870 grm.

II. Otto M., 3 miesiące, przyjęty d. 28. XII. 1907, otrzymywał przeszło litr rozcieńczonego mleka. Odżywienie średnie. Wyprysk na głowie i twarzy, silnie powiększone gruczoły na karku. Chory otrzymywał od d. 29. XII. zupę Finkelsteina, naprzód 700, później 800—900 grm. na dobę. Zewnętrznie naprzód waselina, później pasta cynkowa, od d. 14. I. 08 $5^0/_0$ maść tumenolowa. 2. I. 08. Głowa prawie zupełnie wolna od strupów. 6. I. 08. Wyprysk na twarzy zasycha, miejsc świeżych niema. 11. I. 08. Na głowie pojedyncze świeże pęcherzyki. 28. I. Na

---

[1]) »Eczem und Asthma« Berlin. klin. Wochenschr. Ns. 26, 1908.

[2]) »Die Behandlung des Säuglingsekzems nach Finkelstein«. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42, 1908.

[3]) »Beitrag zur Therapie des konstitutionellen Kinderekzems«. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1909.

prawym policzku niewielkie ognisko. Strupów na głowie niema zupełnie. Waga d. 28. XII. 07: 4.640 gr., d. 1. I. 08 —4.460; d. 28. I. — 4.600 grm.

III. Willy W., urodzony d. 4. IV. 97, przyjęty d. 7. I. 08. 5 tygodni pierś, później karmiony sztucznie. — 8. I. Średnio odżywiony; wątroba nieco powiększona. Twarz naciekła i zaczerwieniona oprócz okolicy ust i nosa; niewielkie łuszczenie na lewej podeszwie. Od d. 9. I. 08 — 900—1.000 grm. zupy Finkelsteina, późn ej oprócz tego papka i powidła z jabłek. Zewnętrznie naprzód maść lenicetowa, później 5% i 10% maść tumenolowa. 14. I. Twarz trochę suchsza. 27. I. Wyprysk na twarzy zasycha w dalszym ciągu; na skroniach nieco nowych grudek. 4. II. Wyprysk na twarzy prawie zupełnie uleczony, skóra jeszcze naciekła, swędząca. 19. III. Wyprysk wygląda gorzej; nowe grudki, zwłaszcza na skroniach. 4. IV. Na policzkach i skroniach skóra zaczerwieniona, sucha, miejscami łuszcząca się; w prawem zgięciu łokciowem również suchy, łuszczący się naciek skóry. Waga d. 8. I. 08. 6.450, d. 18. I.: 5.980 grm., d. 15. II: 5.490; d. 27. III.: 6.410; d. 4. IV.: 6.570.

IV. Rudolf S., urodzony d. 22. IX. 07, przyjęty d. 16. IV. 08, karmiony sztucznie, już w wieku 2 tygodni miał wyrzut na ciele. D. 18. IV. 08: Głowa i twarz naciekłe i zaczerwienione. Uda, ręce i pierś sucho naciekłe. Brzuch duży, miękki. Stan odżywienia nader dobry. Od d. 17. IV. otrzymywał 1.000 grm. zupy Finkelsteina, nieco powideł z jabłek; zewnętrznie 5% i 10% maść tumenolowa. 21. IV. 08: Twarz sucha, głowa bez strupów. Skóra wszędzie mniej naciekła. Duża wątroba i śledziona. 6. V. Twarz nieznacznie zaczerwieniona i naciekła. Gruczoły na szyi nieco powiększone; na kończynach pojedyncze niewielkie nacieki. Waga d. 20. IV. 4.560 grm.; d. 5. V.: 5.260 grm.

V. Fryderyk M., urodzony d. 8. XII. 07, przyjęty d. 1. IX. 1908, karmiony sztucznie, wyrzut od urodzenia. Ojciec również do 3-go roku życia cierpiał na wyprysk. 2. IX. 1908. Źle odżywiony, jędrność skóry nader mierna, podkład tłuszczowy bardzo nieznaczny. Twarz i głowa pokryte nader obfitym wypryskiem łojotokowym, nad prawem uchem skóra silnie podrapana. Na tyle głowy cuchnące strupy. Bardzo duże gruczoły na szyi. Od dnia 3. IX. 08 do 26. X. otrzymywał zupę Finkelsteina, później raz dziennie kaszkę i nieco powideł; ilość zupy wynosiła 900—1.300 dziennie; od 29. IX. ilość serwatki wynosiła tylko 100 na litr pokarmu. Żadnego leczenia zewnętrznego nie stosowano oprócz okładu z oliwy w celu rozpuszczenia strupów, oraz okładów z octanu glinowego na sączące miejsca. 4. IX. W moczu nieco białka, w osadzie znaczna ilość ciałek ropnych oraz komórek nabłonkowych z pęcherza. Wewnętrznie urotropina.

10. IX. Wyprysk znacznie suchszy. W moczu dość znaczna ilość ciałek ropnych. Białe ciałka krwi odsetkowo: 70% wielojądrzastych neutrofilnych, 20% limfocytów oraz 10% eozy-

nofilnych. 16. IX. Wyprysk na twarzy wciąż jeszcze sączy; w moczu tylko pojedyncze leukocyty. 17. X. Na głowie i twarzy mnóstwo nowych pryszczyków, głowa i tył szyi silnie sączące. Gruczoły w tyle szyi silnie powiększone. Mocz lekko mętny. Z prawego ucha cieknie.

Ponieważ stan chorego pomimo siedmiotygodniowego przeszło karmienia go wyłącznie zupą Finkelsteina (z dodatkiem raz dziennie kaszki również bez soli) zupełnie się nie poprawiał, a nawet zaczął się pogarszać, gdyż dziecko przestało chętnie pić zupę i zaczęło tracić na wadze, postanowiliśmy pokazać je prof. Finkelsteinowi. Prof. Finkelstein po obejrzeniu chorego uznał, że należy on ze względu na nader zły stan odżywienia do rzędu dzieci z wrodzoną ustrojową wadą w przemianie tłuszczu, który nie zostaje należycie w ustroju odkładany. W tych przypadkach zdaniem Finkelsteina stosować należy dyetę beztłuszczową, natomiast dzieci tłuste i ciastowate nadają się właśnie do pokarmu, pozbawionego soli. Stosownie do tej rady zaczęliśmy od d. 27. X. karmić chorego wyłącznie maślanką obok podawanej mu raz na dzień kaszki (ilość maślanki wynosiła litr na dobę). 28. X. Nowej wysypki niema; rozlane rzężenia; w moczu dość znaczna ilość leukocytów. 31. X. Głowa pokryta mnóstwem strupów; twarz silnie sącząca, wiele świeżych nacieków. 5. XII. Na głowie i na twarzy nader wiele świeżych pryszczyków, liczne strupy; w płucach nieco rzężeń.

Ponieważ i dyeta beztłuszczowa dodatnich wyników nie dała, zaczęliśmy od d. 9. XI. na prawą połowę twarzy i głowy przykładać 5% maść tumenolową, karmiąc dziecko w dalszym ciągu maślanką. Już po dwóch dniach można było stwierdzić różnicę między prawą i lewą stroną twarzy i głowy; po prawej mianowicie stronie znacznie zmniejszyło się zaczerwienienie skóry i nie pojawiały się świeże nacieki. 18. XI. Prawa połowa twarzy jest zupełnie wolna od nacieków, nieznacznie zaczerwieniona, również i na głowie widać wybitną różnicę pomiędzy prawą a lewą stroną. 20. XI. Po lewej stronie wiele świeżych pryszczy i nacieków, kontrast między obiema połowami twarzy zdaleka uderza w oczy. Od d. 27. XI. i lewą część głowy i twarzy smarowano maścią tumenolową, i już w d. 1. XII. między obiema połowami nie było żadnej różnicy. Skóra prawie zupełnie niezaczerwieniona; gruczoły szyjne powiększone. Od dnia 3. XII. zaczęliśmy dodawać do maślanki po 100—200 gramów mleka dziennie, odrzuciwszy maść tumenolową. 10. XII. Na lewej stronie pojawiły się świeże nacieki; prawy policzek lekko zaczerwieniony. 12. XII. Na głowie nowe pryszcze. W płucach nieco rzężeń. Od d. 12. XII. powróciliśmy wyłącznie do maślanki. 13. XII. Lewa połowa twarzy wykazuje świeże nacieki; różnica między obiema połowami twarzy występuje znowu nader ostro. Od d. 3. XII. do 14. XII. nie stosowaliśmy maści, posypując jedynie twarz i głowę »euguformem«. Pod wpływem jednak nowych

objawów wyprysku powróciliśmy do maści tumenolowej i już w d. 19. XII. można było zauważyć zniknięcie świeżych nacieków i pryszczyków. W d. 21. XII. po trzymiesięcznem leczeniu chory opuścił zakład, przyczem skóra na głowie i twarzy była prawie zupełnie wolna od nacieków i nieznacznie tylko zaczerwieniona. Waga ciała w ciągu leczenia znajdowała się w wybitnej zależności od rodzaju podawanego pokarmu. Podczas stosowania zupy Finkelsteina podlegała waga nieznacznym wahaniom: w d. 1. IX. wynosiła 6.280 gramów, d. 12. IX. — 6.470, 8. X. — 6.220 grm., d. 26. X. — 6. 120 grm. Od chwili przejścia do maślanki waga stale się podnosiła: d. 15. XI. wynosiła 6.880 grm., d. 1. XII. — 7.200 grm. d. 15. XII. — 7.580. Po wyjściu z oddziału, dziecko przez pewien czas jeszcze karmiono maślanką, maści nie stosowano. W d. 4. I. 1909 w poliklinice można było stwierdzić zarówno na głowie, jak i na twarzy, mnóstwo świeżych nacieków i pryszczyków.

VI. Marta P., urodzona d. 5. VI. 1908, przyjęta d. 9. III. 09, karmiona z początku piersią, później sztucznie; wyrzut na twarzy już w drugim miesiącu życia. 10. III. 1909. Dość dobrze odżywione dziecko, gruczoły szyjne średnio powiększone; śledziona i wątroba wyczuwalne; w płucach nieco rzężeń. Twarz i głowa silnie zaczerwienione i naciekłe — miejscami suchemi strupami pokryte; w prawym przegubie łokciowym skóra zaczerwieniona i łuszcząca się. Waga ciała 5.940 grm. Począwszy od d. 10. III. otrzymywała chora litr zupy Finkelsteina, zupełnie bez serwatki. Zewnętrznie okład z octanu glinowego, oraz puder lenicetowy. 15. III. Głowa i twarz pokryte świeżymi suchymi strupami, w niektórych miejscach skóra sączy. Z uszu wydziela się cuchnąca ropa; w płucach rzężenia. 17. III. Strupy usunięto; głowa i twarz silnie sączą; w prawym przegubie łokciowym silne zaczerwienienie, miejscami ubytki skóry. 18. III. Dziecko pije bardzo źle, wymiotuje często. Małżowiny uszne i skronie bardzo silnie sączą; głowa pokryta strupami. 21. III. Twarz, głowa i uszy sączą obficie, gdzieniegdzie ropa, naskórek w wielu miejscach poodpadał. 22. III. Rano nagły zapad, lekkie drgawki w twarzy i kończynach. Twarz i głowa dość suche, ale zaczerwienione i z dużymi brakami naskórka. Dość wyraźna sztywność karku; tony serca słabe, kończyny zimne i sine; brzuch silnie zapadły. Moczu zapomocą cewnika otrzymać się nie udało. Nakłucie lędźwiowe wykazało ciśnienie w kanale kręgowym prawidłowe, płyn przeźroczysty. O 2 popołudniu nastąpiła śmierć. Ciepłota, która do dnia 20. III. trzymała się w granicach prawidłowych, wieczorem tego dnia podniosła się do 39·9°, dnia 21. III. wynosiła 39·3°, a d. 22. III. rano podniosła się do 40·8°. Waga ciała w ciągu całych dwu tygodni wykazywała stały i dość gwałtowny spadek: d. 9. III. wynosiła 5.940 gramów, d. 15. III. — 5.680, d. 21. III. 5.120 gramów.

Dnia 23. III. dokonałem sekcyi, przyczem okazało się:

płuca w stanie prawidłowym, serce w dwójnasób prawie powiększone. Wątroba również nader znacznie powiększona, twarda. Śledziona powiększona średnio, grudki bardzo wybitnie zaznaczone. Mózg przekrwiony, opony w stanie prawidłowym.

Uwzględniając przebieg choroby i wynik sekcyi, należy uznać w danym przypadku nastąpienie t. zw. »śmierci z wyprysku«, (Eczemtod), którą opisywano już niejednokrotnie, różne podając objaśnienia. Już Henoch przytacza dwa przypadki, gdzie po szybkiem wyleczeniu wyprysku głowy i twarzy nastąpiły drgawki z zejściem śmiertelnem. Wystąpienie nagłe gorączki z zejściem śmiertelnem przy wyprysku łączy Feer z zatruciem (Intoxication), poczęści z zołzowatością (status lymphaticus), lub też czasami z zakażeniem septycznem. Rehn i Camerer znajdowali często przy sekcyach dzieci zmarłych wskutek wyprysku zapalenie mięśnia sercowego (myocarditis) z rozszerzeniem serca, które nieraz można było stwierdzić za życia. Inni nie stawiają tych przypadków śmierci w zależności od wyprysku [1]); Cohn [2]) za przyczynę ich uważa zapalenie nerek. W moim przypadku moczu nie udało mi się otrzymać, w nerkach jednakże zmian nie znalazłem; bądź co bądź śmierć w żadnym razie nie stoi tu w związku z zastosowanem leczeniem dyetetycznem.

Streszczając wyniki, osiągnięte w opisanych powyżej przypadkach, niepodobna jeszcze wydać ostatecznego sądu o skuteczności metody Finkelsteina. Cztery pierwsze przypadki odnoszą się do pierwszej postaci wyprysku według podziału Feera i Marfana; we wszystkich można było stwierdzić względną poprawę z wielką jednakże skłonnością do nawrotów. Nader znamienny jest przypadek piąty; chodzi tu o jedno z tych dzieci, które obok w nader wybitnie

---

1) Por. Strauss. »Ueber Säuglingsekzem» Jahrb. f. Kinderheilkunde. T. 56. 1902.

2) »Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Ausschluss an die Heilung eines Säuglingsekzems«. Thepapie der Gegenwart. Czerwiec 1903.

wyrażonej »skazy wysiękowej« (wyprysk, zapalenie ucha i pęcherza, wzmożona ilość ciałek eozynofilnych we krwi, skłonność do nieżytu oskrzeli) noszą na sobie ślady szkód, wywołanych przez karmienie sztuczne (Milchnährschaden) i okazują wybitną idyosynkrazyę w kierunku mleka krowiego; z chwilą zastosowania maślanki, czyli pokarmu, zawierającego nader mało tłuszczu, — szkodliwego składnika pokarmu, — chory zaczął szybko zyskiwać na wadze. Obok tego na przypadku tym w sposób niezmiernie dobitny można się przekonać o skutecznem działaniu maści, — gdyż te tylko miejsca skóry okazywały widoczne polepszenie, które były poddane działaniu tumenolu. Maść tumenolowa (Tumenolammonii 5 – 10·0, pastae zinci ad 100·0), wprowadzona do lecznictwa przez Neissera, pozwala osięgać przy leczeniu wyprysku u dzieci często doskonałe wyniki, o czem niejednokrotnie w praktyce klinicznej i poliklinicznej mogłem się przekonać.

Czy dyeta bezsolna, wprowadzona przez Finkelsteina, przewyższa dotychczas stosowaną metodę dyetetyczną, tj. wprost ogólne ograniczenie pokarmu, a zwłaszcza zmniejszenie ilości mleka, jak to szczególnie Czerny zachwala, co do tego pytania zgadzam się w zupełności z Feerem[1]), który również przy stosowaniu serwatki, czyli pokarmu, zawierającego właśnie wiele soli, lecz pozbawionego tłuszczu, miał wyniki, przynajmniej wynikom z zupą Finkelsteina odpowiadające. Feer dochodzi do wniosku, że szkodliwą jest tu obfitość tłuszczu i soli, zawartych w serwatce, czyli mleko jako całość. Aczkolwiek dyeta bezsolna coraz więcej w ostatniach czasach zdobywa sobie uznania, (dość wspomnieć o referatach Magnusa-Levyego i Widala na ostatnim zjeździe dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie), to jednak niepodobna na zasadzie dotychczasowych wyników zgodzić się ze zdaniem Mendla[2]), który

---

[1]) por. Münch. med. Wochenschr. Nr. 3. 1909.

[2]) »Die kochsalzarme Diät als Heilmittel«. Münch. med. Wochenschr. 1909. NNr. 9 i 10.

skazę wysiękową Czernego oraz wyprysk głowy i twarzy objaśnia wyłącznie naruszoną przemianą soli w ustroju, wywołującą zatrzymywanie się płynów w tkankach; chociaż faktem niezaprzeczonym jest wpływ soli na powstawanie wysięków, to jednak charakter wad ustrojowych w rodzaju skazy wysiękowej jest daleko bardziej złożonym.

Dyetetyczne więc leczenie wyprysku musi w obecnej chwili być sformułowane w ten sposób, że przedewszystkiem należy (zwłaszcza u dzieci przekarmionych) ograniczyć ogólną ilość pokarmu, zmniejszyć znacznie ilość mleka, a ewentualnie zupełnie je na czas pewien usunąć; u starszych dzieci na pierwszym planie postawić należy znaczne powiększenie ilości podawanych owoców i jarzyn, ewentualnie wyłącznie jarską kuchnię. U dzieci, okazujących choć lekkie objawy szkód, od karmienia mlekiem krowiem pochodzących, należy przejść do pokarmu beztłuszczowego, jak mleko odtłuszczone, maślanka lub serwatka; w niektórych przypadkach zupa Finkelsteina również może dać dobre wyniki. Co się tyczy leczenia zewnętrznego, to w żadnym przypadku nie powinno się go zaniedbywać: po usunięciu strupów przez okład z oleju lub oliwy, należy przy silnem sączeniu nałożyć okład z octanu glinowego, na twarz najlepiej w postaci maski. Gdy skóra obeschnie, należy zastosować jakąkolwiek maść obojętną, przyczem trzeba zaznaczyć, że wyżej wspomniana maść tumenolowa znakomite może oddać usługi.

Kilka przypadków błonicy o niezwykle złośliwym przebiegu.

Skreślił

Dr Sz. Starkiewicz (Sosnowiec).

Jako pewne pendant do opisanego przezemnie w swoim czasie (patrz »Nowiny lekarskie« Nr. 4. i »Przegląd lekarski« Nr. 4.) niezwykłego nagminnego zapalenia gardła, podaję poniżej opis błonicy w odmianie bardzo złośliwej (na 5 dzieci umiera 4, pomimo wczesnego i dość obfitego stosowania surowicy swoistej). Chorobie tej uległo czworo dzieci Rychterów i jedno dziecko Smoleniów, robotników kopalni »Paryż«, mieszkających na jednem i temsamem piętrze, w kolonii »Ksawery«, odległej o $^1/_4$ wiorsty od kolonii »Warpie«, gdzie panowała głównie poprzednio opisana epidemia. Zarówno pewne podobieństwo w klinicznym przebiegu, jako też jedna okoliczność łączą obecną endemię błonicy z tamtą epidemią: tu i tam dzieci miewały mniej lub więcej obfite krwawienia ustami i nosem; oprócz tego endemia obecna wybuchła wkrótce po przyjęciu przez Rychterową do pomocy dziewczyny, siostry Nowakowej z Warpia, której dziecko zmarło właśnie (jedno z najpierwszych chorych) z powodu podobnej choroby.

1) W d. 2. marca 1909 przyprowadziła Rychterowa 5-letnie dziecko, u którego oprócz ciepłoty 37·4° przedmiotowo nic więcej nie stwierdziłem. W d. 3. III. stwierdziłem natomiast wyraźny nalot w gardle, typowy dla błonicy; nalot ten na drugi dzień po wstrzyknięciu 2 flakoników surowicy swoistej zniknął

i stan dziecka poprawił się szybko; jedyne to dziecko, które wyzdrowiało.

2) Z 4-go na 5-go marca zachorowuje Felcia Rychter, dziecko 4-miesięczne. Przez dzień były podobne krwawienia bardzo obfite z ust i z nosa, krew była płynna, czysta i zmieszana ze śluzem.

Stan obecny 6. III. 1909. Dziecko wątłe, na karmieniu mieszanem. C = 38·5° rano i 38·4° o 8-ej wieczorem. Z nosa wydziela się ciecz surowiczo-ropna. W gardle stwierdza się obfity nalot na obydwóch migdałkach i na tylnej ścianie; na lewym mocno obrzmiałym migdale w miejscu, przylegającem do podniebienia miękkiego, widać czerwono-sinawą plamę, przypominającą, choć niezupełnie (brak ścisłych konturów), spostrzegane w tamtej epidemii na miękkiem podniebieniu czerwono-sinawe plamy. Wstrzyknięto 2 flakoniki surowicy swoistej; 3% kwas borowy do przemywań gardła.

7. III. 1909 o godz. 10. rano: Tętno 140, dobre, C = 37·9°; gruczoł limfatyczny przy lewym kącie żuchwy jest wielkości małej fasoli. W gardle nalot jeszcze większy, na całej przestrzeni lewego migdałka i w mniejszym stopniu na prawym: również na ścianie gardła. Dziecko znowu raz jeden wymiotowało krwią. Miało również czarne wypróżnienia, bardzo cuchnące. 2 flakoniki surowicy. Wewnętrznie olej rącznikowy.

8. III. o godz. 10. rano C = 37·6°. Dziecko spało nieźle. Po otrzymaniu oleju rącznikowego miało czyszczenie. Gruczoły przy kątach żuchwy dochodzą wielkości dużej fasoli. W gardle nalot jeszcze obfitszy, biało-żółtawy, gruby, zajmujący również całą prawie powierzchnię podniebienia miękkiego, migdałków, gardła. Białkomoczu nie stwierdzono (próba z gotowaniem i z kwasem azotowym).

9. III. Tętno drobne, miękkie. C = 37·4°. Były znowu dwukrotnie wymioty krwawe. Bronchitis diffusa. Nalot jakby trochę mniejszy, choć na jego miejscu daje się spostrzegać znaczne zniszczenie tkanki (zwłaszcza na lewym migdałku). Wstrzyknięto 2 flakoniki surowicy. Wewnętrznie kofeina z kamforą. Do przestrzykiwań jamy ustnej napar rumianku.

10. III. C = 39·6°. Agonia. Obfite krwawienia z ust powtarzały się kilkakrotnie.

11. III. C = 38·9°. Tętno nie wyczuwalne. W płucach liczne rzężenia wilgotne. W gardle rozległe zniszczenia wraz z obfitym nalotem. Wieczorem tegoż dnia dziecko umiera.

3) Władzio Rychter, 2 lata. Choroba zaczęła się w d. 5. III. od wymiotów krwawych i śluzowych, które trwały z przerwami od godz. 2-ej do 7-ej popołudniu. Poraz drugi pokazało się dużo krwi w d. 6. III., poczem przyniesiono zaraz do mnie dziecko z zakrwawioną jamą ust i nosem, tak, że trzeba było przestrzyknąć usta, żeby coś dojrzeć. Stan podmiotowy dziecka zresztą niezły, tętno dobre; C = 38·2° o godz. 10. rano. Gruczoły

podszczękowe znacznie powiększone. Nozdrza nieco zaognione, wycieka z nich ciecz krwawo zabarwiona. W gardle widać znaczny szarawy nalot, zajmujący obydwa migdały; w lewym migdałku spostrzega się zmienioną rozpulchnioną tkankę o zabarwieniu sinawem. Wstrzyknięto 2 flakoniki surowicy swoistej.

Wieczorem tegoż dnia C = 38·4°.

7. III. Tętno 130, C = 38·4°. Dziecko po 2 łyżeczkach oleju rącznikowego, podanego mu przez matkę, miało kilka wypróżnień nie czarnych. Bronchitis diffusa. Gruczoły przy kątach żuchwy są jeszcze większe, dochodzą do wielkości dużej fasoli. W gardle znajduje się bardzo obfity nalot dyfterytyczny, na obydwóch migdałkach, na ścianie gardła i na języczku. Wieczorem tegoż dnia odchodziła wciąż z ust »rudawka« (słowa matki). 2 flakoniki surowicy. Infus. ipecac. + coffeinum.

8. III. C = 37·6°. Nalot bardzo rozległy, w całem gardle. Znaczne zniszczenie migdałków i podniebienia miękkiego (widać wiszące strzępy). 1 flakonik surowicy.

9. III. Stan ogólny bardzo zły. Tętno bardzo przyspieszone, słabo wyczuwalne. C = 40·6°. Wczoraj były znowu krwawe wymioty. W gardle obraz strasznego zniszczenia; podniebienie miękkie i języczek postrzępione. Sinica twarzy i kończyn. Pneumonia inferior dextra. Dziecko zwraca pokarm ustami i przez nosek. Tegoż dnia śmierć.

4) Szczepanek Rychter, 3 lata. Początek choroby zupełnie podobny do poprzednich, tylko że krwi dziecko miało wymiotować więcej.

Stan obecny 6. III. Dziecko z silnie rozwiniętą krzywicą (nie chodzi, garb i t. d.), otyłe. Tętno 130, dobre. C = 38°. Gruczoły u kątów żuchwy wielkości grochu. W gardle rozległy nalot, zarówno na migdałach, jak i na łukach podniebiennych; lewy migdał mocno przytem zaczerwieniony, otoczenie nalotu silnie przekrwione. 2 flakoniki surowicy swoistej. Rozczyn kwasu borowego do przestrzykiwania ust. Tegoż dnia wieczorem C = 38·1°.

7. III o godz. 10. rano C = 38·8°, tętno dobre. Gruczoły podszczękowe wielkości małej fasolki. Bronchitis diffusa. W gardle obfity nalot, zajmujący migdały, języczek, podniebienie miękkie, na którem w jednem miejscu (z prawej strony) daje się spostrzegać plamka czerwono-sinawa (niezbyt zresztą wyraźna). 2 flakoniki surowicy przeciwbłoniczej.

8. III. C = 36·4°. Wczoraj przy kaszlu pokazało się z ust trochę krwi. W nocy dziecko spało dobrze. Po oleju rącznikowym, podanym przez matkę, miało kilka nie czarnych wypróżnień. Gruczoł podszczękowy z lewej strony dochodzi do wielkości dużej fasoli. W jamie gardłowej oba migdały i łuki podniebienne pokryte nalotem szaro-białawym, miejscami zielonkawym, wnikającym w głąb tkanki, miejscami tylko zupełnie powierzchownym.

9. III. C = 38·9°. Tętno dobre, miękkie. Nieżyt oskrzeli

utrzymuje się. W gardle obraz znacznego zniszczenia migdałków. Nalot jak wczoraj. Wstrzyknięto 2 flakoniki surowicy przeciwbłoniczej. Infus. ipecac. + coffeinum.

10. III. Stan taki sam. C + 38·6°. Czuć dziecku z ust. Mocz dziecka miał być czarny. Wstrzyknięto 2 flakoniki surowicy.

12. III. Tętno 130—140, miękkie. C = 39·6°. W moczu nie daje się stwierdzić ani krew (zresztą makroskopowo zapomocą gotowania z ługiem potasowym), ani białko. Sen był dobry. Gardło oczyszcza się nieco, choć naloty są jeszcze rozległe. 1 flakonik surowicy swoistej podskórnie.

13. III. Tętno 130, dobre. C = 39·9°. W gardle o wiele czyściej; ślady zniszczenia tkanki, zwłaszcza na migdałach. Wstrzyknięto 1 flakonik surowicy.

16. III. W gardle następuje widoczne gojenie się tkanki; nalotu bardzo niewiele.

20. III. Stan bezgorączkowy. W gardle poza owrzodzeniem migdałów, części podniebienia miękkiego, które zresztą goi się, nic już niema. Hematogen wewnętrznie.

26. III. C — 36·9°. Dnia poprzedniego pokazały się z ust 2 czopki krwawe (słowa matki), a po nich śluz z krwią, następnie czysta krew. Dziecko wygląda bardzo blado. Tętno 84, dobre. Nalotu żadnego niema, tylko w jamie ust widać słabo zaróżowioną plamkę wielkości groszku w środku podniebienia twardego i maleńki krwawy punkcik na wewnętrznej powierzchni prawego policzka.

29. III. U dziecka przed 2 dniami znowu pokazały się z ust czopy krwi (skrzepy), po nich zaś krew płynna w znacznej podobno ilości. Tętno dobre. C — 38·6°. W oczy uderza wybitna bladość twarzy dziecka. Widać nieco nalotu z prawej strony gardła. na migdałku, i sino-czerwony guziczek na języczku.

W d. 31. III. dziecko skonało nagle wśród zupełnej przytomności, ku mojemu, przyznam się, zdziwieniu.

5) Janinka Smoleń, dziecko 6-tygodniowe. 19. III. poraz pierwszy oglądał dziecko felczer i zapisał: »plamka czerwona na podniebieniu miękkiem z prawej strony«. Zaczęło się od wymiotów krwawych.

20. III. C — 37·4°. Tętno 134, dobre. Dziecko średnio odżywione, przy piersi. Gruczoły podszczękowe niewyczuwalne. W gardle rozległy nalot białawo-żółtawy z prawej strony na migdale i na dolnej części łuku, — oraz plamy czerwono-sinawe o konturach średnio zarysowanych na obydwu połowach podnieniebienia miękkiego.

21. III. C — 38·0° o godz. 10. rano. Tętno 132—134. Dziecko czuje się niezgorzej, bawi się. Gruczoły nieco powiększone. Nalot jakby nieco mniejszy, plamy stanowczo są, lecz mniej zaznaczone, niż u dzieci na Warpiu, zwłaszcza w lewej połowie podniebienia miękkiego, gdzie niema w bliskości żadnego nalotu.

Nie ma nic osobliwego ani w nozdrzach, ani na spojówkach. Skóra również zupełnie czysta, jak i u tamtych dzieci.

22. III. C — 46·2°. Dziecko wygląda dobrze, nieco kaszle. W płucach przedmiotowo nic nie stwierdzono. Wypróżnienie było jedno, twardawe, jasne. W gardle zaczerwienione nieco plamy jeszcze mniej wyraźne; nalot również mniejszy i jakby schodzi.

23. III Stan taki sam.

24. III Matka uważa dziecko za zdrowe. C — 38·0°. W gardle oprócz nalotu wielkości 5 kop. monety srebrnej za prawym łukiem, nic więcej nie stwierdzam.

17. III. Tętno 110, dobre; C — 37·5°. Było jedno wypróżnienie, zabarwione na czarno; dnia poprzedniego pokazywała się krew z nosa i z ust w niewielkiej ilości. Gruczoły powiększone, a skóra nad nimi i pod szczęką nabrzmiała. W gardle widać szaro-żółtawy nalot na tylnej ścianie, jakby ciąg dalszy nalotu jamy pozanosowej; dziecko oddycha otwartemi ustami. Matka i dziś, jak dotąd stale, nie zgadza się na wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej.

29. III. Stan niezły. W moczu białka nie stwierdzono.

1. IV. C — 37·8°. Dziecko poprzedniego dnia miało bardzo obfite krwawienie z nosa i z ust; kaprysi i płacze często; jest bardzo blade; pokarm wraca czasami nosem. Obrzmienie tkanki okołogruczołowej przy kątach żuchwy znaczniejsze. W gardle widać nalot szarawy na obydwóch łukach i na całej tylnej ścianie. Matka przystaje na wstrzyknięcie 3 flakoników surowicy przeciwbłoniczej.

3. IV. Tętno dobre. C — 39·6°. W gardle nic nie lepiej. Wstrzyknięto 2 flakoniki surowicy.

5. IV. Tętno miękkie, nierówne, około 140. C — 39·°. Dnia poprzedniego były dwukrotne drgawki. W gardle stan lepszy; nalot pozostał tylko na tylnej ścianie, migdały zaś są czyste. Wewnętrznie kamfora.

6. IV. 1909. Dziecko zmarło.

Dzięki zarówno gotowości ze strony Dra Serkowskiego, jak również koleżeńskiej uprzejmości Dra Putermana we wszystkich przypadkach, które zakończyły się śmiercią, miałem pewne dane bakteryologiczne. We wszystkich stwierdzono obecność laseczników błonicy. Oprócz nich w jednym przypadku wykrył Dr Serkowski prątka ropy błękitnej (bac. pyocyaneus), w innym — Dr Puterman otrzymał bardzo ładną hodowlę gronkowca złocistego, w 5 pozostałych były paciorkowce (Dr Serkowski i Dr Puterman). Badania, prowadzone specyalnie przez Dra Ser-

kowskiego w kierunku wykrycia w dwóch przypadkach prątka krwawego (bac. prodigiosus), dały wynik ujemny

Mieliśmy przeto we wszystkich przypadkach błonicę o przebiegu niezwyczajnym, z zakończeniem śmiertelnem. Początek choroby nagły i ze względu na bardzo wczesne krwawienie, odrazu złośliwy (z wyjątkiem Janinki Smoleń). Gorączka naogół nie wysoka, nie ustępująca jednak wcale pod wpływem surowicy swoistej. Pomimo bardzo wczesnego i dość obfitego stosowania surowicy, nalot bynajmniej nie znikał, przeciwnie nieraz wzmagał się; spostrzegało się go przy codziennem stosowaniu surowicy jeszcze na 5—6. dzień, nawet na 8. dzień i później w tym razie, kiedy dziecko żyło dłużej. Gruczoły przy kątach żuchwy były zawsze mniej lub więcej obrzmiałe. Na skórze nie było żadnych plam, z wyjątkiem owych czerwono-sinawych plamek na śluzówce podniebienia miękkiego, w danych przypadkach zresztą bardzo niewyraźnych, co, jak wiadomo, inaczej było w epidemii, spostrzeganej przezemnie poprzednio. Co jednak oprócz krwawień charakterystycznem jest dla obecnej błonicy, to te ogromne zniszczenia tkanki migdałów i podniebienia miękkiego, jakie widzieliśmy u dzieci Rychterów. Wszystkie wreszcie dzieci pomimo surowicy (od 6 do 8 i więcej tysięcy jednostek) umierały. W moczu dzieci nie udało mi się stwierdzić białka.

Nie ulega wątpliwości, że spostrzegane przezemnie przypadki błonicy należą rzeczywiście do złośliwej postaci tej choroby. Marfan opisuje tę postać szczegółowo w swoich »Wykładach klinicznych o błonicy«, skąd też czerpię poniższe dane. Marfan powiada, że choroba ta wogóle jest rzadka, że on sam spostrzegał ją w czasie epidemii błonicy w Paryżu w r. 1901—1902 i miał na swoim oddziale na 900 przypadków błonicy aż 143 postaci złośliwych; w r. 1903 postacie te ilościowo stale i wybitnie się zmniejszały, a w r. 1904 było ich tylko kilka przypadków. Wśród tych postaci Marfan odróżnia 3 rodzaje. Pierwszą postać znamionuje zjawienie się błonicy w rozgałęzieniach

narządu oddechowego (na 143—30 razy); śmierć następuje tu w 24 godziny, rzadziej na 3-ci dzień.

Drugą postać znamionują krwotoki i wybroczyny (ecchymoses); takich przypadków Marfan naliczył również do 20%. Krwawienia z ust, z nosa, czasami z gardła w chwili odpadnięcia błon wrzekomych dają się spostrzegać we wszystkich prawie przypadkach złośliwej błonicy, to też zdaniem Marfana nietylko krwotoki z nosa, z gardła i ust, czasami z żołądka i jelit, z dróg moczowych (haematuria), lecz szczególniej wybroczyny charakteryzują tę drugą postać; wybroczyny znajdują się na rękach, tułowiu, czole i t. d., zabarwione bywają zielonkawo lub czarno. Bez względu na leczenie śmierć następuje w tych razach w kilka godzin lub w najlepszym razie na 5-ty dzień.

Trzecią wreszcie postać złośliwej błonicy (więcej niż 60%) znamionuje powolniejszy przebieg. Pod wpływem surowicy swoistej następuje stopniowe oddzielanie się błon, ale ostatecznie znikają one nie w 36 godzin, lecz czasami dopiero na 8-my dzień, przyczem śluzówka po ustąpieniu błon jest owrzodziała i krwawiąca. W rzadkich tylko razach następuje znaczne zniszczenie tkanki i wówczas postać ta staje się śmiertelną. Marfan uważa te ostatnie przypadki za bardzo rzadkie, bo na 143 miał ich tylko 6 (4·2%).

Porównując opis Marfana z naszymi przypadkami, dochodzi się do wniosku, że mieliśmy przed sobą właśnie jedną z najrzadziej spostrzeganych przez Marfana postaci błonicy; mam tu na myśli troje dzieci Rychterów. Staje się to jeszcze wyraźniejsze tam, gdzie dziecko żyło dłużej, jak to było ze Szczepankiem R. W przypadku tym popełniłem właśnie błąd, przed jakim ostrzega niedoświadczonego lekarza Marfan, mianowicie rokowałem dobrze tam, gdzie obecnie, nauczony doświadczeniem, mówiłbym co innego. Kiedy u Szczepanka R. na 14-ty dzień choroby nalotu już prawie wcale nie było, dziecko nie gorączkowało, sądziłem, że dziecko jest wprawdzie wyczerpane, lecz w każdym razie na drodze do wyzdrowienia, zaleciłem przeto usilne odży-

wianie i hematogen wewnętrznie. Nie wiedziałem o tem, że dziecko to przedstawiało już wówczas, w okresie zniknięcia błon i stanu bezgorączkowego, znaki t. zw. (Marfan) »syndrome secondaire de la diphtérie maligne«, co następuje zdaniem Marfana po okresie zajęcia gardła i kiedy na kilka już dni można przewidzieć śmierć dziecka. Wśród objawów uderza w oczy najwięcej niezwykła bladość chorego dziecka, która w naszym przypadku uderzała zarówno mnie, jak matkę dziecka, a która stale się wzmagała; dziecko zamiast przychodzić do sił, stale leżało, a wymowę i łykanie miało utrudnione (porażenie podniebienia miękkiego). Do innych objawów tego okresu należą powiększenie stłumienia serca i wątroby, czasami przed samą śmiercią — wymioty, jako nieomylny zwiastun śmierci. Pod tem względem mogę powiedzieć tylko to, że wymioty pojawiły się na kilka godzin przed śmiercią dziecka, które wkrótce zmarło najniespodziewaniej, wśród zupełnej przytomności.

Jaka jest patogeneza takiej złośliwości spostrzeganej przezemnie błonicy? Marfan, zastanawiając się nad tem pytaniem, skłania się więcej ku przypuszczeniu, że w tych razach chodzi o wzmożoną zjadliwość laseczników (hyperintoxication), choć należy się liczyć również z zakażeniem mieszanem, a lepiej jeszcze wtórnem (dwoinki w jego przypadkach). Zestawiając wszystkie 5 spostrzeganych przezemnie przypadków, odnosi się wrażenie, że choć nie można wyłączyć bezwzględnie wpływu innego zakażenia, złośliwość jednakże zakażenia błoniczego zależy przedewszystkiem od wzmożonej zjadliwości samej błonicy, a być może jeszcze od wogóle małej życiowej odporności dzieci.

Na poparcie tego przypuszczenia zwracam uwagę 1) na to, że w 3 przypadkach złośliwość ta przejawiła się od samego początku, a w każdym poszczególnym przypadku oprócz laseczników błonicy mieliśmy inne, lecz niejednakowe drobnoustroje; 2) wszystkie dzieci Rychterów z wyjątkiem najstarszej dziewczynki, która też w 2 dni wyzdrowiała, były

obarczone cierpieniami ustrojowemi i to w znacznym stopniu (niedokrwistość, krzywica, zołzy); 3) wreszcie u dziecka Smoleniów, które było dość zdrowe i karmione tylko piersią, błonica nabrała złośliwości dopiero z czasem, gdy nie stosowano długo surowicy swoistej (przypadki podobne były o wiele częstsze w czasach przed surowicą).

Inne wrażenie wyniosłem ze spostrzeganej przezemnie poprzednio epidemii. Tam w jednym przypadku, gdzie Dr Serkowski stwierdził niejednokrotnie prątki błonicy i prątki krwawe (prodigiosus), (oba w odmianie złośliwej przynajmniej dla morskiej świnki), zakażenie błonicze było słabe i dziecko w kilka dni bez stosowania surowicy wyzdrowiało. Choć okoliczność ta nie jest jeszcze zupełnie przekonywająca, zdawałoby się jednak, że wzajemny wpływ drobnoustrojów na siebie okazał się tam takim, że dzięki niemu ustrój znosi łatwiej jad błoniczy. Zestawiając więc obecne przypadki z opisanymi przezemnie poprzednio, dochodzę do wniosku, że z zakażeniem mieszanem lub wtórnem liczyć się trzeba: fakt ten może w pewnych razach wywierać rozstrzygający wpływ na los chorego (osłabienie zakażenia błoniczego pod wpływem(?) prątka krwawego, leczenie zapaleń gardła pyocyanazą i t. p.).

STRESZCZENIA.

Archives of Pediatrics.

A. Hand. **Wartość rozpoznawcza chemicznego i bakteryologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego.** Styczeń 1909.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, łatwe w przypadkach typowych, sprawia duże trudności tam, gdzie ani wejrzenie przeźroczystego płynu, ani preparat mikroskopowy nie dają nam żadnej wskazówki, o jaką postać zapalenia opon chodzić może. Autor radzi w tych razach badać płyn mózgowo-rdzeniowy nietylko bakteryologicznie, lecz i chemicznie, gdyż ilość zawartego w nim białka i obecność, względnie brak cukru są ważnymi czynnikami rozpoznawczymi (n. p. ilość białka powyżej 5% objętości i obecność cukru przemawiają za gruźliczem zapaleniem opon).

Badanie cytologiczne ma podług autora mniejsze znaczenie, gdyż komórki są najczęściej tak zmienione, iż trudno rozpoznać, do jakiej kategoryi należą.

Komórki wielojądrzaste zawierają podług autora zaczyn, rozszczepiający cukier, stąd brak cukru w płynach mózgowo-rdzeniowych, obfitujących w wielojądrzaste leukocyty (przy nagminnem zapaleniu opon i innych ropnych zapaleniach opon).

H. Rozenblatówna (Łódź).

L. Emmett Holt. **Wyniki tysiąca prób tuberkulinowych u małych dzieci.** Styczeń 1909.

Autor stosował tuberkulinę w celach rozpoznawczych u dzieci w wieku przeważnie poniżej 2 lat, zarówno u osobników klinicznie niegruźliczych, jak i w przypadkach wątpliwej, oraz stwierdzonej gruźlicy. Porównywając wartość rozpoznawczą wykonywanych przez siebie wszystkich znanych obecnie prób tuberkulinowych: odczynu ocznego, skórnego, odczynu ukłucia (Stichreaktion), oraz odczynu gorączkowego po wstrzyknięciu tuberkuliny pod skórę, — dochodzi autor do wniosku, iż wszystkie są jednakowo pewne, a wybór poszczególnej próby zależy od tego, czy chodzi o chorych internowanych, czy przychodnich,

od wieku chorych u małych dzieci nie nadają się n. p. wstrzykiwania tuberkuliny do celów rozpoznawczych wskutek częstego podnoszenia się ciepłoty na tle zaburzeń w trawieniu) i t. p. okoliczności. Za najłatwiejszą technicznie, a najzupełniej nieszkodliwą dla chorego uważa autor próbę Pirqueta. Odczyn gorączkowy przez podskórne wstrzyknięcie tuberkuliny, przy którym ciepłota podnosi się nieraz do 39·5° C., a stan ogólny dzieci często również nie pozostaje bez zmiany, który oprócz tego wymaga bardzo dokładnego dawkowania tuberkuliny, najmniej się nadaje dla celów praktycznych. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

E. W. Scripture. **„Tic“ i jego leczenie.** Styczeń 1909.

Kilka krótkich uwag o rodzajach, pochodzeniu i sposobach leczenia drgań nerwowych. Najczęstszą przyczyną powstawania tych objawów u dzieci jest podług autora neurastenia i histerya, czasami pląsawica. Przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na względzie kurcz (spasmus), »paramyoclonus multiplex«, pląsawicę, oraz t. zw. »ruchy stereotypowe«.

Leczenie drgań nerwowych jest różne zależnie od tła, na jakiem powstały: przy neurastenii leczenie ogólne, przy histeryi psychoterapia. Za najskuteczniejszy uważa autor sposób leczenia zapomocą »świadomego powtarzania« ruchu drgawkowego: chory musi przed lustrem powtarzać świadomie swój »tic«, przez co ten ruch traci charakter nieświadomego ruchu i dzięki temu chory łatwiej może się od niego uwolnić.

H. Rozenblatówna (Łódź).

E. F. Kiser. **Wrodzona niedrożność odbytu** (*anus imperforatus*) **z przetoką odbytniczo-pęcherzową.** Luty 1909.

Opis przypadku, operowanego w 30 godzin po urodzeniu z zejściem śmiertelnem 12-go dnia po zabiegu.

H. Rozenblatówna (Łódź).

H. Wright. **Przypadek zatrucia ołowiem.** Luty 1909.

Nagły początek choroby w spostrzeganym przez autora przypadku, drgawki, wymioty, a jednocześnie brak danych w kierunku zatrucia w wywiadach mogłyby nasunąć myśl o zapaleniu przednich rogów rdzenia (poliomyelitis ant.), lecz cały szereg innych objawów, charakterystycznych dla zatrucia ołowiem, naprowadził autora na właściwe rozpoznanie.

H. Rozenblatówna (Łódź).

E. A. Riesenfeld. **Przypadek gnilca z rentgenogramami.** Luty 1909.

Autor kładzie nacisk na wielkie znaczenie rozpoznawcze zdjęć rentgenowskich w przypadkach choroby Barlowa, podobnych do spostrzeganego, gdzie objawy kliniczne nie są dość wybitnie wyrażone, aby można było rozpoznać z zupełną pewno-

ścią to cierpienie. Rentgenogram zaś wykazuje typowe zmiany kości i wtedy nawet, gdy wszelkie objawy kliniczne zupełnie już ustąpiły pod wpływem leczenia. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

C. Herrman. **Roznosiciele płonicy.** Luty 1909.

Krytyczny rozbiór współczesnych poglądów na drogi, jakiemi szerzy się zakażenie płonicze, oraz szereg własnych uwag, opartych na spostrzeżeniach autora podczas wielkiej epidemii płonicy w New-Yorku zimą i wiosną 1908 r.

Pytanie, czy łuski są źródłem zakażenia w płonicy, uważa autor wraz z większością współczesnych autorów za nierozstrzygnięte; w każdym razie przypadki t. zw. »powrotne« (»return cases«), t. j. te, gdzie chory, powróciwszy ze szpitala do domu bez śladu łuszczenia, zaraża mimo to swe otoczenie, pouczają, że poza łuskami są inne drogi zakażenia. Wiadomo również, że źródłem szerzenia się płonicy może być osoba pozornie zdrowa, przechodząca najwyżej jakieś nieznaczne zapalenie gardła nawet bez gorączki; w tych razach zarazek płonicy musi być zawarty w wydzielinie gardła tych osób i udziela się otoczeniu przez rozmowę, kaszel i t. p.

Równie niebezpieczną jest wydzielina z nosa i uszu, tembardziej, iż wydzielina z uszu n. p. pod postacią wycieku ropnego, trwa często znacznie dłużej, niż łuszczenie się, utrzymuje się po wyjściu chorego ze szpitala do domu i tam staje się źródłem owych na pozór niewytłómaczonych »powrotnych przypadków«. Z tego względu należy urządzać pawilony płonicze w ten sposób, aby 1) przypadki świeże, 2) chorzy z powikłaniami, 3) ozdrowieńcy, umieszczani byli w oddzielnych salach. Tylko w ten sposób bowiem powiedzie się uniknąć zanoszenia przez zdrowych, wychodzących ze szpitala, materyału zakaźnego do domu; oczywiście, należy pamiętać i o tem, iż chory wtedy dopiero może opuścić szpital, wzgl. przestać być izolowany (w praktyce prywatnej), gdy nie stwierdzamy już najmniejszego nawet śladu jakiegokolwiek zajęcia jamy nosowo-gardłowej.

Znacznie mniejsze od bezpośredniego jest podług autora niebezpieczeństwo zakażenia pośredniego (sprzęty, mieszkanie etc.); jednakże na razie uznaje autor jeszcze konieczność odkażania i przytacza zdanie Heubnera w tej sprawie, iż pomimo, że istnienie zarazka płoniczego w pokoju chorego nie zostało dowiedzione, obowiązani jesteśmy odkażać takie pokoje, dopóki sprawa zakażenia płoniczego nie zostanie zupełnie wyświetlona.

H. Rozenblatówna (Łódź).

H. M. Mc Clanahan. **Przypadek płonicy, powikłanej wietrzną ospą i krztuścem.** Luty 1909.

Autor omawia przypadek płonicy u $3^1/_2$-letniego dziecka, powikłanej jednocześnie wietrzną ospą i krztuścem. Przebieg płonicy był ciężki i towarzyszyło mu zajęcie ucha. Wietrzna

ospa wystąpiła 6-go dnia choroby, krztusiec — w 3-cim tygodniu. Wyzdrowienie po 8 tygodniach. Autor uważa spostrzegany przez siebie przypadek za wymowny dowód tego, iż twierdzenie Hebry, jakoby ostre choroby zakaźne wzajemnie się wyłączały, jest pozbawione podstawy. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

F. Van Der Bogert. **Płonica przez zakażenie rany nogi.** Luty 1909.

Opis przypadku płonicy przyrannej u 5-letniego chłopca. Badanie bakteryologiczne wykryło paciorkowce zarówno w ropie z rany, jak i w nalocie z gardła. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

W. P. Northrup. **Leczenie chorób świeżem powietrzem.** Luty 1909.

Autor jest entuzyastycznym zwolennikiem stosowania świeżego, czyli, jak to sam dokładniej określa, zimnego powietrza przy najrozmaitszych sprawach chorobowych u dzieci: zapaleniu płuc, płonicy, zapaleniu oskrzeli, kaszlu i wysypkach. Wyjątek czyni autor tylko dla odry, gdyż na podstawie własnego doświadczenia nie może twierdzić napewno o tak pomyślnem działaniu powietrza na przebieg odry, jakie spostrzegał w przypadkach innych chorób.

Co do strony technicznej tej nowej metody leczniczej, bardzo już popularnej w Ameryce, to jedynym warunkiem, jakiego należy przestrzegać, jest to, aby dzieci (również i dozorczyni) były bardzo ciepło ubrane i otulone w kilka kołder. Przy zachowaniu tej ostrożności pozostają dzieci całemi godzinami na wolnem powietrzu, wracając do ciepłego pokoju tylko do przebierania, mycia i t. p. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

E. Graham. **Leczenie chorób świeżem powietrzem.** Luty 1909.

Autor stosuje od ośmiu lat zarówno u swych chorych szpitalnych, jak i w praktyce prywatnej świeże powietrze, jako środek leczniczy i osiąga dzięki temu nowemu czynnikowi doskonałe wyniki. Do leczenia tego nadają się u dzieci zarówno choroby zakaźne (autor stosował leczenie świeżem powietrzem w durze, odrze, zapaleniu płuc, gruźlicy), jak i cierpienia narządów trawienia, zarówno starsze dzieci, jak i niemowlęta; autor wysyła swoich chorych bez względu na porę roku i pogodę (nawet styczniowy mróz, śnieg i wiatr nie stanowią przeciwwskazania) bądź na zupełnie wolne powietrze, bądź na werandy o tej samej ciepłocie (szpital dziecięcy w Filadelfii jest odpowiednio do tego urządzony) i pozostawia je tam całymi dniami, wnosząc na salę tylko dla zmiany opatrunku, zbadania dziecka i t. p. Dzieci są ciepło ubrane, nie przeziębiają się więc, a oddychanie najzimniejszem nawet, lecz czystem powietrzem nietylko nie szkodzi, lecz uzdrawia. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

Dyskusya nad odczytami o leczeniu świeżem powietrzem (wygłoszonymi na XX. Zjeździe amerykańskiego Towarzystwa pedyatrycznego).

Mówcy, którzy uczestniczyli w tej dyskusyi, podzielają w zupełności entuzyastyczny pogląd prelegentów na leczenie znacznej liczby chorób dziecięcych świeżem i zimnem powietrzem. Nawet i odra nie stanowi pod tym względem przeciwwskazania (R. G. Freeman). Szczególną uwagę należy zwrócić na leczenie krzywicy świeżem powietrzem, gdyż cierpienie to powstaje przedewszystkiem pod wpływem braku czystego powietrza (A. Jacobi). Wszyscy mówcy zgodnie zaznaczają popularność, jaką nowa metoda leczenia zyskała w bardzo krótkim przeciągu czasu śród najszerszych sfer społeczeństwa amerykańskiego.

H. Rozenblatówna (Łódź).

J. S. Wile. **Leukocyty w chorobach płuc u dzieci.** Marzec 1909.

Przy badaniu krwi u dzieci należy przedewszystkiem zwracać uwagę na ilościowy stosunek różnych rodzajów leukocytów; bezwzględna ilość wszystkich krwinek białych, t. j. leukocytoza i leukopenia, mają znacznie mniejsze znaczenie rozpoznawcze.

W cierpieniach płuc, badanych przez autora pod względem hematologicznym, jakoto w gruźlicy, zapaleniu oskrzeli, krztuścu, dychawicy, zapaleniu płuc, oraz ropniaku opłucnej, napotykamy najrozmaitsze zmiany w stosunku ilościowym różnych postaci leukocytów. N. p. przy krztuścu występuje wybitna limfocytoza (do 50.000 w mm^3). Przyrost limfocytów zaczyna się w okresie nieżytowym jeszcze przed wystąpieniem kaszlu i osiąga szczyt w okresie napadów kaszlu (st. convulsivum). Zwiększenie się ilości leukocytów eozynofilnych wskazuje na początek ozdrowienia.

Podobnie w gruźlicy: ilość leukocytów eozynofilnych stoi w odwrotnym stosunku do rozwoju cierpienia i zmniejszenie się ilości tych komórek (zarówno jak i bazofilnych) pogarsza rokowanie. Limfocytoza przy gruźlicy wskazuje na jakieś zakażenie wtórne, gdyż sama sprawa gruźlicza nie wpływa na białe ciałka krwi.

Dla dychawicy znamienny jest znaczny przyrost krwinek eozynofilnych, a dla całej grupy cierpień, obejmującej: zapalenie oskrzeli, płuc i opłucnej — leukocytoza, wywołana przez leukocyty wielojądrzaste neutrofilne. Najwyższą odsetkę leukocytów tego typu: 73 i 75% napotykamy przy ropniaku opłucnej i zapaleniu płuc. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

Ch. G. Kerley. **Trzy przypadki zapalenia miedniczek nerkowych.** Marzec 1909.

Autor przytacza historyę choroby, oraz podaje krzywe

ciepłoty w 3 przypadkach omawianego cierpienia u niemowląt, leczonych pomyślnie urotropiną. *H. Rozenbłatówna* (Łódź).

A. F. Hess. **Przypadek gruźlicy prosówkowej, rozpoznanej wskutek obecności bakteryi gruźliczych we krwi.** Marzec 1909.

W przypadku tym znalazł autor bakterye Kocha również w płynie mózgowo-rdzeniowym, nie uważa tego jednak za niewątpliwy dowód zajęcia opon mózgowych, tembardziej, iż objawy kliniczne były w tym kierunku zupełnie ujemne. Opisywany przypadek nie był badany pośmiertnie.

H. Rozenblatówna (Łódź).

J. Hemenway. **Dwa przypadki grypy o niezwykłych objawach.** Marzec 1909.

Z opisywanych przypadków: w jednym u 9-miesięcznego dziecka krzywa ciepłoty, oraz obustronne zapalenie ucha środkowego, wywołane przez dwoinki zapalenia płuc, w drugim — u 4-letniej dziewczynki — powikłanie z krwotocznem zapaleniem nerek stanowiły o przebiegu, odmiennym od zwykłego przebiegu grypy. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

E. M. Buckingham. **Przypadek zapalenia opon mózgowych — pozornie gruźliczego, w którym na podstawie dalszego przebiegu wydaje się prawdopodobnem, iż rozpoznanie było błędne.** Marzec 1909.

Opis przypadku, w którym zarówno badanie kliniczne, jak i mikroskopowe płynu mózgowo-rdzeniowego (limfocytoza) kazało przypuszczać sprawę gruźliczą, pomyślny zaś przebieg przemawiałby raczej za nietypową postacią zapalenia nagminnego opon. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

C. Floyd i H. Bowditsch. **Przyczynek kliniczny do udzielania się i rozwoju gruźlicy u dzieci przez obcowanie rodzinne.** Marzec 1909.

Autorzy roztrząsają szczegółowo rozmaite zagadnienia, dotyczące gruźlicy u dzieci na podstawie 1000 własnych spostrzeżeń, oraz danych z piśmiennictwa. Za najważniejszy czynnik zakażenia uważają autorzy blizkie obcowanie dzieci z gruźliczem otoczeniem; drobnoustrojem chorobotwórczym w tych przypadkach bezpośredniego zakażenia jest zawsze »typus humanus«. Na poparcie swego twierdzenia przytaczają autorzy fakt, iż zaledwie w 16 spostrzeganych przez siebie przypadkach mieli gruźlicę chirurgiczną (gruczołów i kości), którą uważają za wytwór »typus bovinus«, u wszystkich zaś pozostałych chorych stwierdzali gruźlicę płuc, z tych w 2 przypadkach ogólną gruźlicę prosówkową.

Część pracy, poświęcona rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy u dzieci, nie zawiera nic nowego.

H. Rozenblatówna (Łódź).

J. Levy. **Sztuczne odżywianie dzieci.** Marzec 1909.

W krótkim artykule wykłada autor zasadę kalorymetrycznej metody i wykazuje jej wyższość nad innemi, dawniejszemi, jak n. p. nad metodą odsetkową, opartą na fałszywem przypuszczeniu, jakoby ciała białkowe mleka krowiego, nie zaś tłuszcz, były przyczyną zaburzeń trawienia u dzieci sztucznie żywionych. *H. Rozenblatówna* (Łódź).

J. Park West. **Zapalenie miedniczek nerkowych, zakończone ropnem zapaleniem nerek.** Marzec 1909.

Opis przypadku u 10-miesięcznego dziecka z przedstawieniem preparatów sekcyjnych, wygłoszony na dorocznym Zjeździe amerykańskiego Tow. pedyatrycznego.

W dyskusyi zaznaczano trudności rozpoznawcze w chorobach narządów moczowo-płciowych u dzieci, oraz doniosłość cystoskopii dla celów rozpoznawczych.

H. Rozenblatówna (Łódź).

Verhandlungen der XXV. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Doc. J. Ibrahim (Monachium). **Nowsze badania nad fizyologią trawienia u osesków.**

Autor badania swoje przeprowadzał w trzech kierunkach, mianowicie: jakie fermenty działają podczas trawienia u osesków, które z nich są u płodu donoszonego i w jakim czasie powstają one poszczególnie u płodu ludzkiego. Badania przeprowadzono na płodach ludzkich, a nie na zwierzęcych ze względu na to, ażeby uzyskać wyniki możliwie dokładne.

W ślinie ludzi dorosłych wykazał E. Müller obecność fermentu proteolitycznego. Próby podjęte w tym kierunku przez T. Kopcia dawały u zdrowych osesków wyniki ujemne.

W rzędzie fermentów proteolitycznych u osesków należy zatem postawić na pierszym miejscu pepsynę.

Pepsyna zjawia się już u trzymiesięcznego płodu. Dzieci zdrowe, karmione piersią matki, mają pepsyny mniej, niż dzieci karmione sztucznie. Ilość pepsyny zwiększa się aż do końca pierwszego kwartału życia dziecka, a następnie pozostaje na jednym poziomie.

Podpuszczka (lub ferment), jak również kwas solny znajdują się w treści żołądkowej już w pierwszych dniach życia dziecka. Podpuszczki obecnie nie uważają za ferment samodzielny, lecz działanie jego poczytują jedynie za uboczne działanie wszystkich fermentów proteolitycznych.

W początkach piątego miesiąca życia płodowego zjawia się trypsyna. Autor twierdzi jednak, że w życiu płodowem znajduje się w trzustce jedynie trypsynogen, a trypsyna występuje dopiero u starszych noworodków. Ażeby trypsynogen zamienił się w ferment czynny, konieczny jest współudział bakteryi.

Znaleziony w smółce ferment proteolityczny jest prawdoprawdopodobnie trypsyną.

W błonie śluzowej przewodu pokarmowego znaleziono przeciwzaczyny (antyfermenty). Dzięki tym przeciwzaczynom błona śluzowa przewodu pokarmowego nie podlega samostrawieniu. Są to: antypepsyna w błonie śluzowej żołądka i antytrypsyna w błonie śluzowej jelit. Antyfermenty znajdują się już podczas życia płodowego i u noworodków.

Błona śluzowa jelit wytwarza również ferment sekretynę, która jest prototypem tego, co nowoczesna fizyologia rozumie pod nazwą hormonu; te fermenty należą do tego rodzaju zaczynów, które rozwijają swoje działanie nie w tem miejscu, gdzie są wytwarzane, lecz gdzieindziej. Do miejsc działania przenosi je krew. Tak np. sekretyna, powstając w błonie śluzowej jelit, oddziaływa na wydzielanie się soku trzustkowego. Ostatnim z rzędu fermentem proteolitycznym jest erepsyna; jest to enzym, który peptony i albuminy przeprowadza w kwasy aminowe.

Co się tyczy czasu powstawania, to pepsyna zjawia się w początku 4-go, a trypsyna i erepsyna w małych odstępach czasu w przeciągu 5-go miesiąca życia płodowego.

Dla trawienia węglowodanów służą oprócz fermentów amylolitycznych, enzymy, których zadaniem jest rozkład cukru: dla cukru trzcinowego istnieje inwertyna, dla mlecznego laktaza, dla słodowego maltaza. Zauważono, że w trzustce u noworodków brak fermentów diastatycznych. U oseska powyższe fermenty odgrywają ważną rolę; gdyby nie one, cukier trzcinowy i mleczny nie byłby przyswojony przez ustrój, lecz w stanie niezmienionym byłby wydzielany przez nerki.

Fermenty diastatyczne znajdują się u noworodków w gruczołach ślinowych: przyusznym i podżuchwowym. Działanie jednak fermentu w gruczole podżuchwowym jest daleko mniejsze, niż w gruczole przyusznym. Fermenty te znaleziono w ślinie zdrowych osesków. Maltazy, laktazy i inwertyny w gruczołach ślinowych u osesków nie ma.

Również nie znaleziono tych fermentów w błonie śluzowej żołądka u osesków.

Ostatnimi czasy dowiedziono, że trzustka noworodków zawiera jednak fermenty amylolityczne. Również zawiera ona już w tym czasie (u noworodków) inwertynę i laktazę, maltazę jednak nie zawsze. Czy jednak i błona śluzowa jelit zawiera fermenty amylolityczne, trudno odpowiedzieć. W smółce zostały one wykryte, ale możliwem jest, że pochodziły one z samej smółki. W błonie śluzowej jelit u osesków, urodzonych przedwcześnie,

inwertyny, laktazy i maltazy nie znajdowano; zjawiały się one jednak zaraz, jak tylko te oseski zaczęto karmić mlekiem. Maltaza zjawia się u osesków w błonie śluzowej jelit daleko wcześniej, niż laktaza. Inwertynę u noworodków znajdowano w błonie śluzowej jelit cienkich.

Co się dotyczy fermentów, działających na tłuszcze, to dawniej przypuszczano, że tylko sok trzustkowy zawiera ferment, lipazę. Obecnie jednak stwierdzono lipazę w błonie śluzowej żołądka. Badania w tym kierunku prowadził autor wspólnie z Drem Kopciem z Warszawy.

Pod wpływem spraw podpuszczkowych mleko uwalnia się w żołądku od serwatki. Z pozostałych części składowych mleka (kazeiny i tłuszczów) wytwarza się zlepek (Milchklumpen), który podlega działaniu soku żołądkowego tylko na obwodzie, zachowując w środku przez czas dłuższy odczyn alkaliczny. Nowa ilość wprowadzonego mleka obejmuje poprzednią i podlega trawieniu, jak uprzednio.

Przeciwgnilna działalność kwasu solnego następuje bardzo późno, gdyż wnętrze kuli mlecznej (Milchklumpen) bardzo późno podlega jego działaniu. Według Engla mleko krowie najwydatniejszym zmianom podlega w żołądku, mleko zaś kobiece w jelitach. *Dr Tadeusz Kon.*

Turnhammer (Düsseldorf). **Różnica trawienia żołądkowego przy naturalnem i sztucznem karmieniu.**

Dzieci karmione sztucznie gorzej się rozwijają, aniżeli dzieci karmione piersią matki. Przyczynę tego upatrywano w różnicy, jaka zachodzi pomiędzy mlekiem krowiem i kobiecem, uważając mleko krowie za trudniej strawne.

Już Pawłow dowiódł, że ilość i jakość soku żołądkowego stoi w ścisłej zależności od jakości wprowadzonego pokarmu.

Czy sok żołądkowy inaczej się zachowuje u dziecka, karmionego piersią matki, a inaczej u dziecka, karmionego mlekiem krowiem — oto pytania, które autor stara się rozstrzygnąć.

Autor badania swoje przeprowadzał na jednym i tym samym osobniku, który naprzód dostawał mleko kobiece, a potem, kiedy znowu była pora karmienia, dostawał mleko krowie. Autor doszedł do następujących wniosków:

Ilość soku żołądkowego wahała się w znacznych granicach i nie była zależna wyłącznie od czasu, jaki upłynął od chwili karmienia. Po 30 minutach ilość ta wahała się między 3—60 ctm. po 45 minutach między 0 a 34 ctm. ,

Stopień kwaśności, jak również zawartości kwasu solnego nie były zależne od tego, czy wprowadzono mleko kobiece, czy też krowie.

Różnice polegały na zawartości pepsyny w soku żołądkowym i na działaniu podpuszczki. Zawartość pepsyny w soku żo-

łądkowym była mniejsza przy karmieniu mlekiem kobiecem, niż przy karmieniu mlekiem krowiem. Szczególniej wybitna różnica występowała w sprawie podpuszczkowej u dzieci, karmionych sztucznie. U pierwszych sprawy podpuszczkowe nigdy nie występują, natomiast u drugich są one bardzo wybitne i fermentacyjnie ścinają mleko krowie. Dzieci dokarmiane pod względem pepsyny i spraw podpuszczkowych zachowują się, jak dzieci, karmione piersią matki.

U dzieci, karmionych sztucznie, ilość pepsyny wzrasta do czwartego roku życia, potem zaś pozostaje na jednym poziomie. Prawidłowe wzrastanie spraw podpuszczkowych u dzieci sztucznie karmionych wraz ze wzrostem lat nie dało się zauważyć. *Dr Tadeusz Kon.*

H. Risel (Lipsk). **Zmiany we krwi u osesków obarczonych przymiotem dziedzicznym.**

Niedokrwistość jest stałym objawem u osesków, dotkniętych przymiotem dziedzicznym. Występuje ona pod koniec pierwszego roku życia i w ciągu drugiego. W rzekomej białaczce dziecięcej (pseudoleucaemia infantum) czynnikiem etyologicznym jest przymiot dziedziczny.

Pierwsze zmiany, jakie występują we krwi osesków, dotkniętych przymiotem dziedzicznym, dotyczą ilości hemoglobiny; ilość ta jest znacznie zmniejszona. Zmniejszenie to niezawsze zależy od zmniejszenia się ilości czerwonych ciałek krwi. Ilość tych ciałek waha się między $1^1/_2$ a czterema milionami.

Czerwone ciałka krwi w przypadkach najlżejszych są znacznie uszkodzone. Uszkodzenie to z czasem się powiększa. Krwinki są tak uszkodzone, że wielkość ich równa się zaledwie trzeciej części wielkości prawidłowej. Jakiejś szczególnej określonej postaci nie przybierają: występują bądź w kształcie ciążków gimnastycznych, bądź przybierają postać gruszkowatą; właściwej jednak poikilocytozy nigdy zauważyć nie można.

Powinowactwa do barwników, właściwego prawidłowym czerwonym ciałkom krwi, nie okazują. Względnie często napotkać można mniej lub więcej wyraźną bazofilię. Przytem ciałka krwi są zabarwione nierówno, co świadczy o niejednakowej zawartości w nich hemoglobiny.

W cięższych przypadkach zjawiają się czerwone ciałka krwi z jądrami. W lżejszych przypadkach są to mikroblasty albo normoblasty z jądrem piknotycznem; w cięższych natomiast, oprócz tych, zjawiają się normoblasty z jądrem okrągłem i megaloblasty z mitozami. Im bardziej postępuje sprawa chorobowa, tem liczniejsze są megaloblasty. Najwyższa ich ilość — 27% wszystkich zawierających jądra czerwonych ciałek krwi. Pod koniec ilość ich widocznie się zmniejsza.

Ilość białych ciałek tylko w niektórych przypadkach zna-

cznie się powiększa. 20,000—30,000 białych ciałek krwi znalazł autor w 12 przypadkach. Jako normę białych ciałek dla osesków, obarczonych przymiotem dziedzicznym, uważa autor 13000.

Silniejsza leukocytoza świadczy o przyłączeniu się do przymiotu cierpień skórnych, kostnych i płucnych. Wybitniejsza leukocytoza nie występuje dlatego, że szpik kostny, jako narząd krwiotwórczy, działać przestaje. Swiadczy o tem fakt, że pod koniec życia osesków, dotkiętych przymiotem, ilość leukocytów znacznie opada, natomiast ilość limfocytów znacznie się powiększa. Co się tyczy jakości leukocytów, to przeważają obojętnochłonne wielojądrzaste leukocyty, eozynochłonnych natomiast znajduje się niewiele. Leukocyty wielojądrzaste i formy przejściowe zdarzają się, lecz w ilości niewielkiej. W najcięższych przypadkach spotyka się w wielkiej ilości myelocyty; znaczna ilość myelocytów każe źle rokować. *Dr Tadeusz Kon.*

A. Schlossmann. **Miejscowy odczyn tuberkulinowy.**

Schlossmann twierdzi, że odczyn tuberkulinowy Pirquetowski ma doniosłe znaczenie rozpoznawcze. Jeżeli odczyn ten wypada dodatnio, to z największą pewnością możemy twierdzić, że dany osobnik ma skrycie lub jawnie przebiegającą gruźlicę. Odczyn Pirqueta ma pierwszeństwo przed odczynem tuberkulinowym, stosowanym podskórnie, popierwsze dlatego, że może być stosowany nawet w przypadkach gorączkowych, gdy odczyn podskórny wtedy nie może być stosowany; podrugie, podskórne stosowanie wywołuje bóle głowy, ogólne niedomaganie, a przedewszystkiem podniesienie ciepłoty; potrzecie, przy stosowaniu podskórnem tuberkukiny w przeciągu 48 godzin i dłużej, należy co 2 godziny mierzyć ciepłotę. Bez zaprzeczenia podskórne stosowanie tuberkuliny co do pewności przewyższa wszystkie inne sposoby, ale może być ono stosowane jedynie klinicznie, natomiast Pirquetowski sposób stosowania tuberkuliny może mieć daleko szersze zastosowanie. Bywają przypadki, że próba Pirquetowska występuje u osób, które wcale nie są dotknięte gruźlicą. Objaśnia się to idyosynkrazyą skóry danego osobnika. Jestto odczyn nie całego ustroju, lecz zapalenie skóry. Przy powtórzeniu odczyn ten występuje coraz słabiej, aż nareszcie przestaje się zjawiać zupełnie.

Zdarzają się również przypadki, że ustrój, w którym gruźlica jest zupełnie pewna, przy stosowaniu tuberkuliny sposobem Pirquetowskim nie oddziaływa. I tu powtórzenie próby Pirqueta kilkakrotnie da wyniki dodatnie.

Wogóle autor zaleca sposób Pirqueta dla celów rozpoznawczych. *Dr Tadeusz Kon.*

E. Moro. **Skutki odczynu wcierania w wieku dziecięcym.**

Autor przypisuje wcieraniu tuberkuliny takie samo znaczenie rozpoznawcze, jakie posiada stosowanie naskórne tuber-

kuliny według Pirqueta. Autor próbę tę nazywa »perkutane Tuberkulinprobe«, albo krótko »Salbenprobe«.

Do wcierania używa się następującej maści tuberkulinowej:
Starej tuberkuliny Kocha 5 ctm.
Lanoliny bezwodnej 5 grm.

Ilość niezbędna do wcierania równa się ziarnu grochu. Taka ilość może być wtarta w przeciągu minuty. Najlepiej wcierać w brzuch poniżej wyrostka mieczykowatego, albo w piersi niedaleko brodawki. Miejsce, gdzie się wtarło, powinno być w przeciągu 10 minut obnażone, ażeby resztki maści zdążyły wyschnąć.

Odczyn jest dodatni, jeżeli na miejscu wtarcia powstają wykwity w postaci mniej lub więcej licznych grudek. Zjawiają się one już po 24 godzinach, czasami dopiero po 48 g., rzadziej później. Po 48 godzinach odczyn jest najwidoczniejszy i najlepiej w tym okresie czasu odczyn kontrolować.

Sam Pirquet z czasem przyznał, że ta próba stoi na równi z jego próbą, i objawy miejscowe, jakie jej towarzyszą, są prawie identyczne z objawami, występującymi przy próbie Pirqueta. Przytem próba wcierania jest mniej dokuczliwa, niż Pirquetowska. *Dr Tadeusz Kon.*

Engel. (Düsseldorf). **Anatomia gruźlicy u osesków.**

Pierwsze zmiany gruźlicze występują w gruczołach chłonnych. Następnie gruźlica z gruczołów posuwa się dalej i rozpowszechnia się. Skłonność do rozpowszechniania się jest drugim charakterystycznym znakiem dla gruźlicy. Wczesne uogólnienie się gruźlicy jest właściwe dzieciom karmionym sztucznie, natomiast u dzieci, karmionych piersią matki, rozwija się przewlekła gruźlica gruczołowa.

Poza gruczołami siedliskiem gruźlicy u dzieci bywają kości, skóra, błony surowicze; jest to ten rodzaj gruźlicy, którą klinicyści nazywają zołzami.

Co się tyczy rokowania, to w tych przypadkach, kiedy są zajęte gruczoły, zależy ono od tego, jak dawno i czy dużo gruczołów jest sprawą zajętych. Jeżeli sprawa przeniosła się z gruczołów limfatycznych na kości, skórę lub błony surowicze, to skłonność do wyzdrowienia jest jeszcze bardzo wielka. Jeżeli natomiast już i płuca są zajęte, to w pierwszym roku życia dziecka skłonność do wyleczenia jest minimalna; z latami jednakże zwiększa się znacznie. *Dr Tadeusz Kon.*

Engel. (Düsseldorf). **Gruźlica u osesków w świetle klinicznem.**

Autor wypowiada twierdzenie, że dzieci, dotknięte gruźlicą w pierwszym roku życia, roku nie przeżyją. Dobrze jednak leczy się gruźlica u osesków tuberkuliną. Autor zauważył, że dzieci te przyzwyczajają się do tuberkuliny i znosić mogą nawet duże jej dawki. Można dojść do 5, 10 gr i więcej. Dzieci dotknięte

gruźlicą mają się po wstrzykiwaniach bardzo dobrze; przybywają na wadze, wyglądają wogóle kwitnąco. Tuberkulina zapobiega dalszemu rozwijaniu się gruźlicy, ogniska czynne zamienia w nieczynne.

W sprawach daleko posuniętych nie jest ona tak skuteczna. Tuberkulinę należy stosować i u tych dzieci, u których gruźlicy sposobami fizycznymi rozpoznać nie można, a które na próbę tuberkulinową oddziaływają. *Dr Tadeusz Kon.*

Feer. (Heidelberg). **Skurcz odźwiernika i jego zwężenie.**

Żołądek przeważnie nie jest powiększony, dwunastnica natomiast silnie naciągnięta, jako wynik znacznego wydłużenia się odźwiernika, wskutek czego i poprzeczna część okrężnicy zostaje uciśnięta. Zdarzają się jednak przypadki ciężkie, w których żołądek bywa powiększony. Wtedy dolna granica żołądka leży poniżej pępka na dwa palce. Sok żołądkowy w tych przypadkach zawiera nadmierną ilość kwasu solnego, co też uważano za przyczynę skurczu odźwiernika.

Co się tyczy leczenia, to Heubner stosuje długie przerwy pomiędzy jednem a drugiem przystawieniem do piersi, unika płukania żołądka; natomiast Ibrahim podaje pokarm często, a w niewielkich ilościach i stosuje płukanie żołądka.

Najlepszym pokarmem w tych przypadkach jest pokarm kobiecy. Przy nadmiernej kwaśności soku żołądkowego można stosować nierozcieńczone mleko krowie, które posiada zdolność wiązania kwasu solnego. Z rozmaitych względów należy również stosować mleko, zawierające mało tłuszczów, albo nawet zupełnie ich pozbawione. W ten sposób dzieci nietylko przestają wymiotować i ubywać na wadze, lecz zaczynają na wadze przybywać. Przy upartych wymiotach należy mleko kobiece zastąpić mlekiem krowiem.

Środkom farmakologicznym nie przypisuje autor wielkiego znaczenia: makowiec, alkalia niewiele zdziałają. Czasami dobrze wpływa podawanie atropiny ($^1/_{10}$ mg. 2 razy dziennie). W ciężkich przypadkach należy stosować wlewania podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Co się tyczy zwężenia odźwiernika pod względem anatomo-patologicznym, to tutaj odgrywają rolę nie włókna mięsne, lecz silne pofałdowanie błony śluzowej odźwiernika, co doprowadzić może nawet do zupełnej niedrożności.

Patogeneza i sposób powstania zwężenia odźwiernika są zupełnie nieznane. Następstwem zwężenia jest zatrzymanie się tłuszczów w żołądku i wzmożona kwaśność soku żołądkowego.

Przerost odźwiernika i żołądka jest często wrodzony, co za sobą pociąga (ale nie zawsze) skurcz odźwiernika.

Dr Tadeusz Kon.

Bernheim-Karrer. (Zürich). **Zwężenie odźwiernika u osesków i starszych dzieci.**

1. Upośledzona czynność ruchowa żołądka dzieci dwu- i trzechletnich dowodzi, że u tych dzieci w wieku niemowlęcym istniało zwężenie odźwiernika.

2. Chociaż w stanie ogólnym tych dzieci mogą nie zachodzić żadne zmiany, szczególniej może brakować wszelkich bolów, jednak drgawki dają tu wiele do myślenia.

3. Zwężenie odźwiernika jako następstwo wrodzonego przerostu odźwiernika może przebiegać miesiące i lata skrycie.

Dr Tadeusz Kon.

Archiv für Kinderheilkunde.

Stäubli. **Przyczynek do sprawy biologicznego stosunku matki do dziecka.** Tom 49, zeszyt 5 i 6. 1909.

Autor zdaje sprawę z poszukiwań nad przechodzeniem zlepników duru (Typhusagglutinine) z matki na dziecko. Jest on zdania, że zlepniki duru przechodzą biernie na płód, a to przez pośrednictwo łożyska. Autor przeczy przechodzeniu ich na dziecko przez mleko matki. »Mleko uodpornionej matki wykazuje dużą zawartość zlepników i miano (Titer) ich w mleku może niekiedy przez pewien czas po porodzie przewyższać wielokrotnie miano krwi. Jednakże przy Ehrlichowskiej zmianie mamki (matka o wysokiej zdolności aglutynacyjnej karmi normalne młode) przejście zlepników do krwi karmionego nie dało się stwierdzić«. *H. Goldszmit* (Wrsz.)

Hellman. **Anatomiczne badania mongolizmu.** Tom 49, zeszyt 5 i 6. 1909.

Wydzielenie mongolizmu, jako jednostki samodzielnej z ogólnej grupy idyotyzmu u dzieci, zbudziło chęć odnalezienia właściwych tej postaci chorobowej zmian anatomicznych w mózgu i rdzeniu. Autor na zasadzie badań, dokonanych w siedmiu przypadkach, zgadzając się z poprzednikami swymi, twierdzi, że przy dzisiejszej technice badania, zmian swoistych anatomo-patologicznych ani w mózgu, ani w rdzeniu odnaleźć nie można.

H. Goldszmit (Wrsz.)

Gewin. **Opieka nad oseskami w szpitalu.** Tom 49, zeszyt 5 i 6. 1909.

Około 3 lat istnieje w szpitalu Wilhelminy w Amsterdamie oddział dla 15 osesków chorych (i zdrowych, których matki znajdują się na ogólnych oddziałach szpitala). Mamek własnych oddział nie posiada, natomiast matki zachęcane są do dalszego karmienia piersią oddanych tam dzieci: matka po podaniu dziecku piersi otrzymuje dwie szklanki mleka. Na oddziale, prócz

starszej siostry, stale zajęte są dwie dozorczynie i pięć uczennic, które już dłuższy czas pracowały w szpitalu. (Heubner żąda dla 8 osesków 3 sióstr dziennych i 2 nocnych; Schlossmann dla 42 dzieci posiada 13 dozorczyń i 12 mamek; Escherich wymaga 1 siostry dla 2, najwyżej 3 niemowląt).

Śmiertelność, po wyłączeniu przypadków śmierci w ciągu pierwszych 3 × 24 godzin, wyniosła 15·9%.

Śmiertelność dzieci, żywionych sztucznie lub karmionych piersią w ciągu pierwszych 2 tylko miesięcy życia, wyniosła 52·5%. Śmiertelność dzieci, karmionych piersią dłużej, niż 2 miesiące — 29·6%.

Chore dzieci dzielą się na 5 grup:

I. Choroby przewodu pokarmowego: 57.

A) Ostre.

Przyjęto 42, zdrowych wyszło 23, zmarło 19.

B) Przewlekłe.

Przyjęto 33, wyszło zdrowych 24, zmarło 9.

II. Choroby dróg oddechowych: 75.

A) Górny odcinek.

Przyjęto 10, wyzdrowiało 10.

B) Bronchitis capillaris.

Przyjęto 23, wyzdrowiało 21, zmarło 2.

C) Nieżytowe zapalenie płuc.

Przyjęto 33, wyzdrowiało 6, zmarło 27.

D) Włóknikowe zapalenie płuc.

Przyjęto 8, wyzdrowiało 5, zmarło 3.

III. Inne choroby wewnętrzne: 24.

IV. Choroby chirurgiczne: 15.

V. Skórne: 11.

Z dziewięciorga niedonoszonych udało się zachować przy życiu czworo (waga ich: 1900, 1980, 2040, 2700).

We wnioskach uważa autor za pożądane, by przy oddziale dla oseskach znajdowały się i mamki; by odosabniać dzieci z poważniejszemi cierpieniami dróg oddechowych; by »przeziębione« dozorczynie możliwie usuwać z oddziału; odwiedziny matek ograniczyć.

Kosztów utrzymania oddziału autor nie podaje.

H. Goldszmit (Wrsz.).

Theodor. **Leczony operacyjnie wrodzony niedokształt wszystkich wydzielających żółć przewodów, łącznie z marskością wątroby.** T. 49, z. 5. i 6. 1909.

Dziecko sześciotygodniowe. Żółtaczka od urodzenia. Leczenie przeciwkiłowe z wynikiem ujemnym. Operacya (hepato-cholangio-enterostomia). W 24 godziny po operacyi stolec wyraźnie żółto zabarwiony. W sześć dni po operacyi z winy matki (dziecko sztucznie żywione) — nieżyt jelit, ósmego dnia śmierć.

Piśmiennictwo zawiera kilkadziesiąt przypadków niedrożności i kilka przypadków niedokształtu przewodów, wydzielających żółć. *H. Goldszmit* (Wrsz.).

Theodor. **Przypadek gruźliczego zapalenia nerek po zapaleniu gardła u dziecka naogół zdrowego.** T. 49, z. 5 i 6. 1909.

Powierzchowna i bezkrytyczna wzmianka o nieściśle obserwowanym przypadku. — Dziecko zołzowate, które przebyło atypowe, bezgorączkowe zapalenie płuc i opłucnej (?), po jednodniowem zapaleniu gardła z wymiotami(?) — zapadło na gruźlicze zapalenie nerek.

Słuszne jest żądanie autora, by po zapaleniu gardła, jak po płonicy, badać zawsze mocz co do białka.

H. Goldszmit (Wrsz.).

Theodor. **Dur z przebiegiem podobnym do gruźlicy prosówkowej.** T. 49, z. 5 i 6. 1909.

Klinicznie rozpoznano gruźlicę prosówkową u 8-letniej dziewczynki. Próba Widala i posiew stolca ustaliły rozpoznanie duru. *H. Goldszmit* (Wrsz.).

Ruediger. **Leczenie ognipióra (Strophulus, Lichen urticatus) przez naświetlanie zwierciadłem parabolicznem.** (Scheinwerferbestrahlung) T. 49, z. 5 i 5. 1909.

Autor stwierdził dodatnie działanie bezbarwnego światła łukowego (weisses Kohlenlicht) przy ognipiórze. Leczenie maściami przy każdem nasileniu cierpienia trwa 10 dni i więcej, gdy naświetlanie w ciągu 1—2 dni usuwa swędzenie i wywołuje zniknięcie rychłe wykwitów. Posiedzenie trwa 10—15 minut, ognisko znajdować się powinno poza chorym. *H. Goldszmit* (Wrsz.).

Jovane i Pace. **Nadnercza i krzywica.** (Tłom. z włoskiego sł. med. Kapłan). T. 49, z. 5 i 6. 1909.

We wstępie autorzy szkicują krótką historyę prac nad stosunkiem nadnercza do krzywicy, podając Stoeltznera za stronnika jej leczenia wyciągiem nadnerczy. W pracy jednakże Stoeltznera (z r. 1904) czytamy: »Przeprowadziwszy spostrzeżenia nad przebiegiem krzywicy pod wpływem substancyi nadnercza i na zasadzie tych spostrzeżeń, doszedłem do wniosku, że podawanie jej wpływa dodatnio na krzywicę. Jednakże, ponieważ dalsze próby, wprawdzie wszystkie niemal dokonywane innymi przetworami i w innych dawkach (Neter, Kinner, Friedmann, Langstein, Hönigsberger) tylko w drobnej mierze potwierdziły moje doświadczenie, — wypowiedziałem już w innem miejscu zdanie, że nie uważam za celowe polecać w praktyce leczniczego stosowania nadnerczy w krzywicy«. Uważałem za stosowne przytoczyć zdanie Stoeltznera, gdyż autorzy zachęcają do stosowania

adrenaliny podskórnie, jakkolwiek, jak widać z pierwszej części pracy, ani gwarancyi bezpieczeństwa zabiegu, ani trwałości wyników, osiągniętych przez to leczenie, nie dają. 11 dzieciom w wieku od 16 miesięcy do 3 lat wstrzykiwano podskórnie adrenalinę $^1/_{1000}$ (Parke-Davis lub Clin), poczynając od $^1/_{10}$ cm^3 do 1 cm^3 na dawkę, podwyższając dawkę codziennie o $^1/_{10}$ cm^3. Żadne z dzieci nie otrzymało powyżej 16 wstrzyknięć. Z tych u 3 przerwano leczenie ze względów ubocznych, u dwojga (po 5 i 7-em wstrzyknięciu) zauważono zatrucie (wymioty, sinica, silne poty, tachypnoe, silne napięcie tętna), które przeszło po 10 minutach i po zmniejszeniu dawki do połowy nie pojawiło się powtórnie. Pozostałych 6 znosiło wstrzykiwania dobrze. U wszystkich w ten sposób leczonych dzieci stwierdzono wzmożoną sprawność mięśni (lepiej trzymały się na nogach, próbowały chodzić), apetyt i stan ogólny polepszyły się. Polepszenie miało charakter przejściowy, po przerwaniu wstrzykiwań astenia wracała. Część druga pracy omawia histologiczne badania nadnerczy u zwierząt z krzywiczemi zmianami kośćca. Wychodzono z założenia, że u zwierząt ze sztucznie wywołaną krzywicą, jak u dzieci krzywiczych — zmian być nie powinno. Badania potwierdziły to w zupełności. Trzecia część pracy określa odporność zwierząt na wycięcie nadnerczy. Jednostronne wycięcie nadnercza mocniejsze psy znosiły dobrze; w 24 godziny po wycięciu drugiego— zdychały. Zmian w kościach nie znaleziono, szpik wykazywał rozszerzenie naczyń włoskowatych. We wnioskach ogólnych autorzy, zgodnie z badaniami poprzedników, uznają wpływ nadnerczy na ośrodki, regulujące siłę mięśniową. Co się zaś tyczy związku czynności ich ze sprawą kostnienia, to należy mu z poziomu widzenia anatomo-patologicznego zaprzeczyć i sprawdzić biochemiczną stronę sprawy, by związek ten uznać lub raz na zawsze wyłączyć. *H. Goldszmit* (Wrsz.).

Cassel i Kamnitzer. **Próby z »albulaktyną« u sztucznie karmionych oseskó**w. T. 49, z. 3—4.

Bergell, opierając się na twierdzeniu Schlossmanna (i innych), że podstawową różnicą między mlekiem kobiecem i krowiem jest przewaga albuminy w pierwszem z nich, wpadł na myśl wyrównywania tej różnicy przez dodawanie łatwo rozpuszczalnej »albulaktyny« (firmy Wülfing, Berlin) do mleka i jego mieszanek, podawanych oseskom.

Spostrzeżenia kliniczne trwały sześć miesięcy; autorzy zamieszczają 9 krzywych i zachęcając do dalszych prób w tym kierunku, tak oceniają wyniki swych poszukiwań:

1. Szkodliwego wpływu pod żadnym względem nie zauważono, zarówno u zdrowych niemowląt, jak i cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego.

2. W żadnym przypadku wpływ »albulaktyny« na spra-

wność trawienną żołądka nie okazał się ujemnym, w dwóch był dodatni.

3. We wszystkich nieomal przypadkach zauważono wyraźny wpływ albulaktyny na ścinanie się wprowadzonego do żołądka mleka, co potwierdza próby Bergella »in vitro«, gdzie mleko ścinało się w drobne kłaczki, na podobieństwo kobiecego.

4. Krzywe wagi wskazują na lepszy rozwój dzieci, karmionych mlekiem z dodatkiem albulaktyny.

5. Obaj autorzy stwierdzają, niezależnie od siebie, — lepsze, świeże wejrzenie tych dzieci, większą ich rzeźwość i ruchliwość, żywszy udział względem otoczenia. *Goldszmit* (Wrsz.).

Baginsky **Trudne do rozpoznania przypadki z grupy chorób zakaźnych jelit.** T. 29, z. 3—4. 1909.

Autor z materyału szpitala dla dzieci w Berlinie wybrał i opisał 8 przypadków, gdzie obraz kliniczny choroby nie odpowiadał anatomicznemu, wykazanemu przez sekcyę. — Szczególnie ciekawy jest przypadek drugi, gdzie klinicznie rozpoznano dyzenteryę, sekcyjnie stwierdzono — »enteritis pseudomembranacea«, a bakteryologicznie — zakażenie prątkiem okrężnicy i paciorkowcami. — Wszystkie 8 przypadków raz jeszcze dowodzą nieodzownej potrzeby pracowni bakteryologicznej przy szpitalach.

Luźno wiąże się z treścią artykułu trzymany w polemicznym, bojowym nieledwie tonie — dodatek »o stosowaniu wstrzykiwań soli kuchennej«. Pogląd znakomitego klinicysty ważny jest ze względu na podnoszone przeciw tym wstrzykiwaniom ostatnimi czasy zarzuty. Bagiński nazywa je »zbawczemi«, — »działanie ich jest przeważnie uderzające i zabieg ten w leczeniu chorób dzieci, którym towarzyszy zapad, jest nieoceniony«. — »Na tysiące liczą się stosowane w mej klinice wstrzykiwania soli kuchennej, i nigdy nie widziałem ich stron ujemnych lub poważniejszej szkody« (*podkreślenie autora*). — Bagiński nie używa fizyol. rozczynu (6—7‰), ale tylko — 3—4‰. U niemowląt nie radzi brać więcej, niż 100—150 ctm.³ na dawkę, najwyżej 2 razy dziennie. U starszych dzieci, stosownie do wieku i wagi dziecka, nie więcej niż 300—500 naraz. *Goldszmit* (Wrsz.).

Zentralblatt für Bakteriologie.

E. Rach i A. v. Reuss. **Przyczynek do etyologii zapalenia pęcherza u niemowląt.** (Bacillus bifidus communis i Bacillus paracoli). T. 50, zesz. 2. Maj 1909.

Opis przebiegu choroby, oraz badania pośmiertnego u 2-miesięcznego chłopca, który zachorował śród objawów żółtaczki, trwającej 2 tygodnie, przyczem po upływie tygodnia stwierdzono zapalenie pęcherza, a po kilku tygodniach — zajęcie nerek.

Badanie bakteryologiczne moczu za życia, a po śmierci — nerki, pęcherza i śledziony wykryło »bacillus paracoli« (różniący się od prątka okrężnicy brakiem ruchu, oraz odmiennem zachowaniem się względem niektórych pożywek) i »bacillus bifidus communis Tissier«. Co do pierwszego, to udział jego przy zapaleniu pęcherza nie jest niczem niezwykłem, gdyż blizko pokrewny mu prątek okrężnicy jest, jak wiadomo, jedną z najpospolitszych przyczyn zapalenia pęcherza. — Co do »b. bifidus communis«, znajdowano go znacznie rzadziej przy zakażeniach narządów moczowopłciowych i w piśmiennictwie istnieje zaledwie kilka opisów takich przypadków.

Żółtaczka była podług autorów powikłaniem, wywołanem przez prątka okrężnicy, a punktem wyjścia całej sprawy chorobowej, — było zakażenie od strony przewodu pokarmowego.

H. Rozenblatówna (Łódź).

J. Bocchia. **Pyocyanaza.** T. 50, zesz. 2. Maj 1909.

Autor badał bakteryobójcze, hamujące i antagonistyczne własności pyocyanazy względem całego szeregu chorobotwórczych drobnoustrojów i stwierdził, iż tylko mała grupka bakteryi ulega działaniu pyocyanazy; do tych należy przedewszystkiem bakterya błonicy, czego już przedtem dowiedli Emmerich i Löw, nie w tym jednak stopniu, jak owi autorzy przypuszczali. Wprawdzie własności bakteryobójcze pyocyanazy względem bakteryi błonicy »in vitro« są dość silne, ale działanie jej jest tylko miejscowe i wyłącznie bakteryobójcze, nigdy zaś nie jest przeciwjadowe, a to ogranicza praktyczne zastosowanie odkrycia Emmericha i Löwa do minimum. Twierdzenia autorów tych o działaniu pyocyanazy na paciorkowce i gronkowce i o wynikającem z tego stosowaniu pyocyanazy, w szczególności w przypadkach błonicy septycznej, uważa autor za zupełnie gołosłowne, gdyż w doświadczeniach swych ani razu nie zdołał się przekonać o wpływie pyocyanazy na omawiane gatunki.

H. Rozenblatówna (Łódź).

W. N. Klimenko. **Morfologia i biologia lasecznika krztuśca.** Tom 50, zesz. 3. Maj 1909.

Lasecznik krztuśca, opisany po raz pierwszy przez Bordeta i Gengou, którego swoistość nie ulega podług autora najmniejszej wątpliwości, jest gramoujemnym, nieruchomym drobnoustrojem, nie tworzącym zarodników, ani otoczki, o niewielkich wymiarach ($1^1/_2$—2 razy większy od prątka grypy).

Dwubiegunowość prątka krztuśca, którą Bordet i Gengou uważają za bardzo charakterystyczną, występuje nie przy wszystkich sposobach zabarwienia; podług autora najodpowiedniejszym barwikiem do tego celu jest błękit karbolowo-toluidynowy. Używając tej metody barwienia, znajdował autor stale w preparatach z plwociny chorych na krztusiec typowe biegunowe zabarwienie lasecznika.

W preparatach z czystych hodowli, niezależnie od użytej pożywki, napotyka się nieraz ciałka Babes-Ernsta; natomiast nie widział ich autor nigdy w łasecznikach z plwociny, wysięků z otrzewnej zwierząt, szczepionych łasecznikami krztuśca i t. p.

Rozpoznanie omawianego łasecznika bezpośrednio w preparacie z plwociny chorego wymaga znacznej wprawy; również i uzyskanie hodowli z plwociny udaje się niełatwo, najlepiej w każdym razie nadają się do tego zupełnie świeże przypadki, t. j. okres nieżytowy, wzgl. pierwszy tydzień okresu napadów kaszlu (st. convulsivum), gdyż w tym okresie zawiera plwocina największą ilość omawianych drobnoustrojów. Pożywki muszą zawierać znaczną domieszkę krwi, ale niekoniecznie ludzkiej lub króliczej, jak tego wymagają Bordet i Gengou. Otrzymane hohowle są bardzo małe i okolone przeźroczystą otoczką (hemoliza pożywki).

Co do jadowitości łasecznika krztuśca, to okazało się, iż wszystkie, przez autora w tym kierunku wypróbowane zwierzęta oddziaływały po wprowadzeniu hodowli tego łasecznika pod skórę, do otrzewnej i do obiegu krwi bądź silniej, bądź słabiej. Wstrzyknięcie do otrzewnej sprowadza zawsze śmierć zwierzęcia.

Objawy krztuśca powiodło się autorowi otrzymać doświadczalnie u szczeniąt, u młodych kotów i u małp.

H. Rozenblatówna (Łódź).

E. Bertarelli. **Przyczynek do etyologii ospy wietrznej.** T. 50. Maj 1909.

Pomimo licznych prac o wietrznej ospie jest ona mało jeszcze poznana, gdyż zarówno jej strona etyologiczna, jak symptomatologia, długość okresu wylęgania i t. p. szczegóły nie są ustalone. Niektórzy zaś autorzy wogóle nie uznają odrębności wietrznej ospy od ospy naturalnej (Talamon, Bartler, Swoboda i inni). Co do tego ostatniego twierdzenia, uważa je Bertarelli za zupełnie gołosłowne, zgadza się zaś tylko na to, że rozpoznanie różniczkowe tych dwu postaci chorobowych jest nieraz bardzo trudne. Przytaczany często, jako cecha rozpoznawcza, fakt, iż wietrznej ospie podlegają tylko dzieci, ma tak dużo wyjątków, iż nie może być brany w rachubę.

Długość okresu wylęgania również nie może ułatwić rozpoznania, gdyż jest jeszcze nieznaną: ze spostrzeżeń Bertarelliego wynika, iż okres ten trwa 7 do 10 dni, lecz inni autorzy wymieniają 3—7, 8, 14—15 i 27 dni. Tak sprzeczne twierdzenia są skutkiem z jednej strony nieznajomości drobnoustroju, wywołującego ospę wietrzną, z drugiej — niemożności wywoływania doświadczalnej ospy wietrznej zapomocą szczepienia jej bądź ludziom, bądź zwierzętom. Tym dwom sprawom poświęcona jest praca Bertarelliego. Co do pierwszego punktu, wyniki były zupełnie ujemne: szczepienie treści pęcherzyków z najrozmaitszych okresów choroby (w 100 przypadkach) na różnych

pożywkach nie dało żadnej hodowli. Ujemne były również próby hodowli ze krwi. Szczepienia, wykonane w celu stwierdzenia, czy można w ten sposób przenieść ospę wietrzną z jednej osoby na drugą, dały we wszystkich (3) przypadkach wynik ujemny, pomimo, iż w jednym przypadku zaszczepiono treść pęcherzyka nie osobie dorosłej, lecz 10-letniemu dziecku. Tylko rogówka królika oddziaływała w kilkunastu przypadkach na szczepienie pod postacią nieznacznych nacieków. Przy badaniu mikroskopowem znajdował Bertarelli w komórkach, leżących bezpośrednio pod warstwą nabłonkową rogówki, drobne ziarenka, o których znaczeniu i istocie Bertarelli na razie nic stanowczego nie mówi, wyłącza jednak stanowczo możliwość jakiegoś swoistego drobnoustroju w rodzaju »Cytoryctes variolae et vaccinae«, opisanej przez Guarnieriego. (Przyp. sprawozd.: Guarnieri uważa za przyczynę ospy okrągłe, błyszczące, silnie się barwiące twory, które znajdował wewnątrz komórek rogówki królików, w miejscach szczepionych krowianką i opisuje je pod wymienioną nazwą).

H. Rozenblatówna (Łódź).

Zeitschrift für Immunitätsforschung.

J. Gewin. **W sprawie występowania dwuchwytników we krwi osesków**. Tom I, marzec 1909.

Autor podjął swe badania w celu stwierdzenia, czy chwytniki dla krwinek barana, istniejące w większości prawidłowych surowic ludzkich, znajdują się już we krwi noworodków i jak się pod tym względem zachowują oseski.

Wyniki, otrzymane przy badaniu surowicy u 75 noworodków i osesków, zarówno sztucznie, jak i piersią karmionych, zdrowych oraz z cierpieniami przewodu pokarmowego, potwierdzają w zupełności inne dotychczasowe prace w tym kierunku, gdyż okazało się, iż noworodek nie posiada zupełnie dwuchwytników dla krwinek barana i tworzy je dopiero stopniowo w przeciągu pierwszego roku życia, prędzej lub wolniej w zależności od rozmaitych czynnników.

Mianowicie z jednej strony oseski, karmione piersią, z drugiej dzieci, odżywiane sztucznie, lecz zupełnie zdrowe, wykazują obecność omawianych chwytników w znacznie późniejszym wieku, niż dzieci chore, wzgl. sztucznie karmione. Autor sądzi, iż wczesne występowanie chwytników we krwi danego osobnika jest wyrazem zakażeń, odgrywających się w jego ustroju.

H. Rozenblatówna (Łódź).

Wiener klinische Wochenschrift.

Prof. H. Albrecht. **Gruźlica w wieku dziecięcym.** 1909 Nr. 10 str. 327.

Na zasadzie zbadania 1060 zwłok dzieci dochodzi autor do przekonania, że zakażenie gruźlicą następuje u dzieci drogą płucną,

nie zaś drogą jelit. Tylko w 0,66% przypadków autora można było orzec z zupełną pewnością, że zakażenie wyszło ze strony jelit. We wszystkich innych przypadkach pierwotne ognisko znajdowało się w płucach. Ogniska te, czasem bardzo niewielkie, udało się autorowi wykryć dzięki odrębnej technice sekcyjnej. Mianowicie autor dokładnie i stopniowo, kawałek po kawałku, obmacywał płuca przed rozcięciem. Każde miejsce zbitsze przekrawywano. W ten sposób udało się wykryć wiele ukrytych ognisk. Wskazówkę do poszukiwania tych ognisk dają gruczoły chłonne. Tak n. p.. jeżeli zmienione są gruczoły prawe, to pierwotne ognisko leży po prawej stronie, i odwrotnie. Ogniska pierwotnego należy zatem szukać, posuwając się przeciw prądowi limfy. Miejscem przeniknięcia zarazka gruźliczego do tkanki płucnej jest zwykle mała grudka chłonna, leżąca w najdrobniejszych oskrzelkach. Grudka chłonna jest jakby stworzona dla zakażania się na drodze oddechu. Autor zwraca uwagę, że do tych samych wniosków doszedł także prof. Ghon, prosektor szpitala Św. Anny dla dzieci w Wiedniu. Przypominając swoje badania, podjęte wraz z Ghonem w Bombay na trupach zadżumionych, stwierdza autor analogię w szerzeniu się w ustroju zarazka moru i gruźlicy. Zarówno w gruźlicy, jak i w morze daje się stwierdzić prawo Corneta, że, bez względu na miejsce wniknięcia zarazka, sadowi się on zawsze w najbliższych miejsca wniknięcia gruczołach chłonnych. Badając dalej przypadki zołzów gruczołów chłonnych szyjnych, doszedł autor do wniosku, że niema zołzów gruczołów szyjnych bez jednoczesnego ogniska gruźliczego w płucach, lub gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Co do dróg zakażenia, to może ono w takich przypadkach postępować albo od dołu przez ciągłość (per continuitatem) od strony gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, albo od góry wskutek wtórnego zakażenia wydzielinami z chorych płuc. Taksamo przy istnieniu ognisk gruźliczych w kościach, oraz w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych trzeba zawsze być pewnym istnienia pierwotnego ogniska gruźliczego w płucach. Przerzut powstaje drogą obiegu krwi. Na zakończenie przytacza autor swoją własną teoryę zołzów, w której wielką rolę odgrywa zastój limfy w licznych, przepełnionych masami gruźliczemi gruczołach chłonnych.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

V. Hecht, M. Lateiner, M. Wilenko. **Odczyn wiązania komplementu przy płonicy.** 1909 Nr 15, str. 523.

Na zasadzie zbadania 119 surowic krwi chorych na płonicę stwierdzają autorowie, że od czasu do czasu sporadycznie spotykany dodatni odczyn przy płonicy nie może wpłynąć na obniżenie wartości odczynu Wassermanna dla rozpoznania przymiotu. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

R. Fuá i H. Koch. **W sprawie odczynu Wassermanna przy płonicy.** 1909. Nr 15, str. 522.

Po zbadaniu 58 surowic krwi dzieci chorych na płonicę, dochodzą autorowie do wniosku, że surowica krwi przy płonicy nie daje odczynu Wassermanna.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Prof. Th. Escherich. **Drogi zakażenia gruźlicą ze szczególnem uwzględnieniem wieku dziecięcego.** 1909. Nr 15, str. 515.

Żyjemy obecnie, jak wiadomo, w czasach ożywionej dyskusyi nad pytaniem: jaką drogą następuje zakażenie gruźlicze w ustroju. Jedni badacze utrzymują, że zakażenie idzie przez płuca, drudzy twierdzą, że następuje ono od strony jelit. Rozpatrywanie tego pytania na materyale obdukcyjnym u dorosłych nie wróży już z góry powodzenia. Ustrój dorosłego zakażonego gruźlicą w chwili, gdy dostaje się na stół sekcyjny, jest już w tak wielu miejscach dotknięty zmianami gruźliczemi, że trudno się zoryentować, gdzie jest pierwsze, a gdzie wtórne ognisko. Łatwiej daleko rozpoznać ognisko pierwotne w dziewiczym, że tak powiemy, ustroju dziecka. Tę drogę obrał autor. Na zasadzie zbadania zwłok 22 osesków w wieku od 3—10$^1/_2$ miesięcy, których sekcyę nadzwyczaj dokładnie wykonał prof. Ghon, dochodzi Escherich do wniosku, że zakażenie następuje drogą płuc. We wszystkich bowiem przypadkach pierwotne ognisko (czasem dwa ogniska) znajdowało się w płucach. Następnie ulegają zakażeniu najbliżej leżące gruczoły oskrzelowe odpowiedniej strony. Zakażenie więc idzie od płuc do gruczołów, nie zaś odwrotnie, jak to twierdzą Finkelstein i Heubner. W przeciwstawieniu do olbrzymio powiększonych i zwyrodniałych gruczołów oskrzelowych, gruczoły krezkowe były nienaruszone. Gruźlicze wrzody jelit były najczęściej świeżego pochodzenia. Większość dzieci miała w rodzinie kogoś cierpiącego na gruźlicę. Do czynników, sprzyjających zakażeniu płuc dziecka plwocinami osób gruźliczych, zalicza Escherich pełzanie po ziemi, używanie brudnych smoczków, wkładanie brudnych palców do ust dziecka, przeżuwanie pokarmów przez chorych rodziców przed podaniem ich dziecku, wreszcie krzyk oseska, przy którym dziecko wykonuje głęboki i długi wdech, ułatwiający zakażonym cząstkom wnikanie daleko do płuc. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Kornel Preisisch. **Gorączka przy płonicy.** 1909. Nr 17, str. 600.

Ciepłota przy płonicy spada stopniowo, ubywająco, podług opisu przyjętego przez wszystkie podręczniki chorób dziecięcych. Opis ten zdaniem autora nie odpowiada rzeczywistości. Trzeba bowiem rozróżniać 2 postacie płonicy: płonicę czystą i płonicę powikłaną zakażeniem paciorkowcowem. Gdy w postaci czystej

krzywa ciepłoty opada przełomowo (crisis), to w powikłanej postaci płonicy spada ona stopniowo (lysis). Współrzędnie z tą odmianą krzywej ciepłoty stwierdzał Preisisch zwykle zmiany gardła, migdałów, gruczołów szyi, jako też częste nieprawidłowości zarówno w przebiegu, jak w cechach samej wysypki.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Max Berliner. **W sprawie rokowania przy zapaleniu przednich rogów rdzenia.** 1909. Nr 21, str. 751.

Na zasadzie 14 klinicznie obserwowanych przypadków podaje autor przyczynek do rokowania przy zapaleniu przednich rogów rdzenia. Aczkolwiek rokowanie zależy przeważnie od siły danej epidemii, to jest ono stosunkowo lepsze, niżby to można przypuszczać. Zejść śmiertelnych autor podaje 4, trzy u dzieci od 8—16 miesięcy i jedno u 9-letniego dziecka (wszystkie w ciągu 2 pierwszych tygodni choroby). Polepszenia stanu porażonych mięśni nie osiągnięto u trojga dzieci. Wyraźne polepszenie pod wpływem leczenia (z początku salicylany, następnie elektryzacya) nastąpiło u reszty chorych t. j. w 7 przypadkach. Wobec tego autor zgodnie z Wickmanem, który rozporządzał ogromnym materyałem z epidemii w Szwecyi, dochodzi do wniosku, że zapalenie przednich rogów rdzenia zagraża niebezpieczeństwem dla życia przeważnie w okresie pierwszych 2 tygodni. Co się tyczy porażeń, wywołanych przez tę chorobę, to ustępują one pod wpływem elektryzacyi albo po paru tygodniach, albo po kilku miesiącach. Wobec tego poleca autor gorąco stale i wytrwale elektryzować porażone części, nie zrażając się nawet kilkumiesięcznem wyczekiwaniem na pierwsze wyraźne oznaki polepszenia. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Adolf Kutschera. **O wpływie leczenia przetworami gruczołu tarczowego na przyrost wzrostu w matołectwie endemicznem.** 1909. Nr 22, str. 771.

Poczynając od roku 1907 władze rządowe podjęły w Styryi energiczną walkę z matołectwem endemicznem. Przy pomocy lekarzy okręgowych i nauczycieli ludowych prowadzi się szeroką akcyę w celu uświadomienia rodziców o istocie matołectwa i zaznajomienia ich ze sposobem walki z tem cierpieniem. W kraju urządzono 37 stacyi obserwacyjnych. Dwa razy do roku okoliczne dzieci ściśle się bada. Matołki otrzymują przepis leczenia i setkę tabletek, z których każda zawiera 0,3 gruczołu tarczowego. Chory otrzymuje najwyżej jedną tabletkę dziennie. Dzieci młodsze od 3 lat, lub dzieci źle znoszące tabletki, otrzymują tylko $1/2$ tabletki dziennie, lub 1—2 tabletek tygodniowo. Wyniki przy takiem ograniczaniu dawek nie są wcale gorsze. Nie znosi tabletek 2,4% chorych. W takich razach zwykle natychmiast po pierwszej dawce występują wymioty i ponawiają się czasem nawet przy pokazywaniu tabletek choremu. Ogółem

poddano leczeniu w ciągu tych dwóch lat 1011 osób, które razem spożyły 266,500 tabletek. Z tej liczby chorych odpadło z powodu braku zainteresowania się leczeniem 403 osoby. Reszta — 607 osób — pozostawała pod stałym nadzorem lekarskim. Przyrost wzrostu ciała służył jako miara skuteczności leczenia. Autor zauważył bowiem, że współrzędnie z przyspieszeniem wzrostu znikają i inne dolegliwości, towarzyszące cierpieniu. Pod wpływem leczenia gruczołem tarczowym wzrost powiększył się u 85,7% chorych o tyle, że dosięgnął liczby, większej od liczb średnich, prawidłowych dla danego wieku. W 10,2% osiągnięty przyrost wzrostu nie odpowiadał liczbom prawidłowym. W 8,6% przypadków nie osiągnięto żadnego skutku. Były to najprawdopodobniej przypadki niedołęstwa umysłowego, a nie matołectwa. Co się tyczy wieku chorych, to przeważnie starano się dobierać do leczenia dzieci w wieku przedszkolnym. Nie znaczy to jednak bynajmniej, by leczenie gruczołem tarczowym nie działało w późniejszym wieku. Wyniki nadspodziewanie dobre powiodło się uzyskać nawet u matołków, starszych nad 20 lat. Najwyraźniej zaś objawiły się wyniki leczenia w tych przypadkach, gdy jedno z rodzeństwa zażywało tabletki, drugie zaś nie. Gdy i to drugie poczęło zażywać gruczoł tarczowy, różnica we wzroście i w ogólnym stanie zdrowia wyrównywała się zupełnie.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Ernst Mayerhofer i Ernst Pribram. **Ściana jelit jako błona osmotyczna przy ostrych i przewlekłych zapaleniach jelit.** 1909. Nr 25, str. 876.

Zastanawiając się nad niezwykle małemi zmianami anatomicznemi w jelitach przy silnych przewlekłych zapaleniach jelit z jednej strony i nad trudnością w odkarmianiu wyniszczonych przewlekłem cierpieniem osesków z drugiej strony, autorowie wpadli na myśl, czy czasem w takich razach punkt ciężkości nie leży w zmienionych warunkach przenikliwości błon jelitowych. Doświadczenia z rozczynem cukru gronowego i soli kuchennej, dokonane nad przenikliwością błon jelitowych u zdrowych i wyniszczonych sztucznie wywołaną biegunką królików, potwierdziły domysł autorów i wykazały, że przenikliwość osmotyczna ścianki jelit przy ostrych zapaleniach jest wzmożona, przy przewlekłych zaś zapaleniach znacznie zmniejszona, że następnie zmniejszenie przenikliwości ustępuje dopiero po dłuższym przeciągu czasu. Wyniki doświadczeń są tem ciekawsze, że potwierdzają wygłoszone przez Finkelsteina przypuszczenie, iż przy ostrych niestrawnościach cukier może przenikać przez ścianę jelit i wywoływać odczyn chorobowy w samym ustroju chorego. Jednocześnie fakt wzmożonej przenikliwości tłómaczy nam »cudowne« odtruwające działanie dyety wodnej w takich przypadkach. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

M. Turnowsky. **Bolesne porażenie wrzekome u dzieci.** 1909. Nr 28, str. 997.

Wyodrębnienie przez Francuzów »paralysie douleureuse des jeunes enfants« w osobną, samodzielną postać nie znalazło w literaturze lekarskiej innych krajów należytego uwzględnienia. Tymczasem obraz tej choroby jest nadzwyczaj znamienny. Przytoczone przez autora 6 przypadków dadzą się streścić w sposób następujący. Zupełnie zdrowe, wesołe, odżywiające się z wielkim apetytem dziecko poczyna naraz posługiwać się tylko trzema kończynami. Czwarta kończyna obwisa bezwładnie i do złudzenia naśladuje porażenie. Przy dotknięciu »porażonej« kończyny dziecko wybucha płaczem. Zarówno rodzice, jak i lekarz, są bardzo przejęci tym stanem i gubią się w domysłach. Następnego dnia ku wielkiemu zdziwieniu wszystkich dziecko odzyskuje zupełną zdolność ruchów. »Porażenie« może się powtarzać kilkakrotnie i znikać najczęściej po 24 godzinach. Brunon przytacza siedem głównych objawów tego cierpienia: 1) nagły początek cierpienia po słabym, najczęściej niezauważonym urazie; 2) całkowite lub częściowe porażenie; 3) ruchy bierne mogą być wykonywane, ale są bardzo bolesne, ruchy czynne nie są wykonywane; 4) raptowny ból w pierwszej chwili, następnie zaś tylko przy próbie poruszenia; 5) bezwładne obwisanie kończyny; 6) brak jakichkolwiek zmian anatomicznych; 7) szybki i pomyślny przebieg cierpienia, trwający od 24 godzin do 1 tygodnia. Co się tyczy etyologii, to poglądy autorów różnią się. Jedni uważają porażenie wrzekome za skutek urazu splotu barkowego, inni zaś za uczucie bojaźni ruchu wskutek bólu po pewnym urazie. Tego drugiego poglądu trzyma się też autor artykułu, aczkolwiek z pewnemi zastrzeżeniami.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Oskar Scheurer: **O wiewiórze u małych dziewcząt.** 1909. Nr 18, str. 630.

Autor spostrzegał w ciągu ostatnich 5 lat klinicznie 39 przypadków wiewióra u małych dziewczynek na oddziale chorób płciowych. Zakażenie nastąpiło: w 6 przypadkach po zgwałceniu, w 12 wskutek spania w jednem łóżku z dorosłemi choremi siostrami, w 8 źródłem zakażenia była chora matka. W jednym przypadku chory mężczyzna wziął do swego łóżka dziecko na noc. W 4 przypadkach dziewczynki zostały zakażone przez rówieśników chłopców przez obmacywanie. Wiek chorych wahał się od 1—13 lat, z tych 27 dziewcząt nie liczyło jeszcze lat 6. Z objawów należy podkreślić, oprócz ogólnie znanego obrazu, gorączkę do 39,5^0 w 3 przypadkach, zapalenie pęcherza w 1 przypadku, zapalenie cewki moczowej w 15 przypadkach, kłykciny w 10 przypadkach. Typowego zapalenia gruczołów przedsionka autor nie zauważył ani razu, aczkolwiek ujście gruczołu było w połowie przypadków mocno zaczerwienione i obrzmiałe.

Leczenie polegało na leżeniu w łóżku, kąpielach nasiadowych z dodatkiem nadmanganianu potasu. Prócz tego stosowano 3 razy dziennie przepłukiwanie zapomocą natryskiwacza $^1/_2$ do $2^0/_0$ rozczynem protargolu lub $1^0/_{00}$ ichtarganu. Cewnik Merciera zakładano przytem do pochwy. Przy takiem leczeniu nie miał autor nigdy przypadku ograniczonego zapalenia otrzewnej miednicznej, jak to opisuje Bumm, który uważa to zapalenie za skutek przepłukiwania pochwy. Zapalenie otrzewnej zależy zdaniem Scheuera, jako też i innych autorów, tylko od postępującego naprzód zakażenia wiewiórowego. Najważniejsze jest pedantyczne przestrzeganie czystości. Znany jest bowiem szereg przypadków częstych zakażeń wiewiórowych u dzieci stale w pewnych szpitalach dziecięcych, wskutek nieprzestrzegania powyższego przepisu. Rokowanie jest na ogół zdaniem autora dość dobre; przebieg choroby trwa średnio od 1—3 miesięcy.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Ernst Mayrhofer i Ernst Pribram. **Doświadczenia z odżywianiem noworodków konserwowanem mlekiem kobiecem.** 1909. Nr 26, str. 912.

Pracując na stacyi osesków w szpitalu Fr. Józefa w Wiedniu, byli autorowie nieraz zmuszeni przyjmować do zakładu słabe i przedwcześnie urodzone noworodki. Odżywianie osesków napotykało w takich razach na wielkie trudności. Oseski nie znosiły mleka krowiego, jednocześnie zaś nie można było dostać potrzebnej liczby mamek. Jedynem wyjściem było posługiwanie się mlekiem kobiecem, odciągniętem z piersi położnic w sąsiednich przytułkach położniczych. Chęć zakonserwowania otrzymanego z taką trudnością mleka zmusiła autorów do próbowania rozmaitych proponowanych ostatnimi czasy sposobów. Najpraktyczniejszym okazał się sposób Buddego. Pojedyncze, różnego pochodzenia, nieraz bardzo niewielkie porcye mleka mieszano razem. Do litra takiego mleka dodawano 0,2 cm^3 $30^0/_0$ rozczynu perhydrolu (Mercka). Następnie wstawiano tak przygotowane mleko do regulującej się łaźni wodnej Ostwalda przy ciepłocie 50^0 C. Natychmiast poczynał występować tlen. Mleko we flaszkach skłócano od czasu do czasu. Po godzinie zamykano kurki od flaszek i przenoszono je do lodowni, gdzie mleko stało następnie przez całe tygodnie, nie tracąc nic na wartości. Dodać należy, że przy odciąganiu pokarmu z piersi okazała się najpraktyczniejszą pompka Jaschkego (opisana w Zentralbl. für Gynäkologie 1909 r. Nr 15). Zaletą buddyzowanego mleka jest zupełne zachowanie jego własności biologicznych, pomimo całkowitego wyjałowienia. Z tego względu pokarm buddyzowany może być z powodzeniem stosowany w chorobie Barlowa. Załączone do artykułu protokóły kliniczne oraz krzywe wagi stwierdzają, że słabe i wycieńczone oseski doskonale znoszą utlenione tym sposobem mleko. Autorowie artykułu polecają gorąco urzą-

dzenie w przytułkach położniczych i zakładach dla mamek stacyi, zbierających i utleniających nadmiar pokarmu, który obecnie ginie nie zużytkowany. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Wiener medizinische Wochenschrift.

Stefanie Weiss-Eder: **Białkomocz w postawie stojącej a popłonicze zapalenie nerek.** 1909. Nr 18, str. 975.

Autorka zajęła się zbadaniem, jaki kliniczny związek zachodzi pomiędzy białkomoczem w postawie stojącej, a zapaleniem nerek. Wobec tego, że badanie dzieci oddziału płoniczego mogłoby się przyczynić do wyjaśnienia sprawy, dokonała autorka szeregu doświadczeń nad dziećmi, które przed kilku dniami przebyły płonicze zapalenie nerek; dzieci te ustawiano w postawie stojącej, lub klęczącej ze skrzywieniem kręgosłupa ku przodowi dla otrzymania białkomoczu ortotycznego (skrzywienie kręgosłupa ku przodowi u dzieci leżących nie pociągało za sobą białkomoczu ortotycznego).

Z wyników doświadczeń wypadło: 1) że dzieci, u których w płoniczym okresie można wywołać białkomocz przez ustawienie ze zgięciem kręgosłupa ku przodowi, nie są więcej od innych dzieci skłonne do ostrego zapalenia nerek; 2) że ozdrowieńcy po zapaleniu nerek okazują nieraz po ustąpieniu zapalenia nerek białkomocz w postawie stojącej, który wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zależy od skrzywienia kręgosłupa ku przodowi wskutek osłabienia mięśni grzbietu po przebytej chorobie; 3) że u ozdrowieńców po płonicy w 57,5$^0/_0$ da się wywołać białkomocz przez klęczenie ze zgięciem kręgosłupa ku przodowi. Wysoki ten odsetek nie dowodzi jednak niczego, albowiem i u zdrowych dzieci w $^2/_3$ przypadków udało się Jeklemu wywołać białkomocz w postawie stojącej przez ustawienie badanego w postawie stojącej ze skrzywionym ku przodowi kręgosłupem. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

C. Lejner i T. Spieler. **O związku przyczynowym pomiędzy prątkiem gruźlicy a tuberkulidem Folliclis.** 1909. Nr 19. str. 1042.

W roku 1896 zgrupował Darier szereg rozrzuconych bez wszelkiego systemu w piśmiennictwie lekarskiem cierpień skórnych i na zasadzie ich stałej współczesności z gruźlicą utworzył z nich grupę t. zw. tuberkulidów. W sprawie tuberkulidów wywiązała się ożywiona wymiana zdań. Jedni, opierając się na ujemnych wynikach poszukiwania prątków w grudkach tuberkulidów, na braku stałych cech w obrazie drobnowidowym, na braku stałości odczynu tuberkulinowego i na asymetryi wykwitów, upatrywali w tuberkulidach tylko toksytuberkulidy, t. j. twory powstałe wskutek zatrucia jadami gruźliczymi. Drudzy na zasadzie swych badań uważali tuberkulidy za wynik zakażenia

samymi prątkami. Najwięcej trudności sprawiało wykazanie prątków przy Folliclis. Autorom powiodło się stwierdzić prątkowy charakter tnberkulidów. Autorowie nie znaleźli wprawdzie prątków w samych tuberkulidach, jednakże udało się im we wszystkich 4 badanych przypadkach przez przeszczepienie wyciętych dzieciom tuberkulidów wywołać u świnek morskich w miejscu przeszczepiania naciek ropny, zawierający wielką ilość prątków gruźliczych. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

E. Mayer. **W sprawie leczenia surowicą pląsawicy zwyczajnej.** 1909. Nr. 23, str. 1290.

Wychodząc z założenia, że pląsawica Sydenhama stoi w częstym związku z gośćcem stawowym pochodzenia paciorkowcowego, próbował autor wstrzykiwać surowicę przeciwpaciorkowcową Aronsona w przypadkach pląsawicy zwykłej. Wyniki wypadły we wszystkich 5 leczonych przypadkach bardzo zachęcająco. *Miecz. Michałowicz.* (Wiedeń).

Oskar Witzinger. **Przyczynek do dyetetycznego leczenia wyprysku u osesków.** 1909. Nr 23, str. 1904.

Autor stosował zupę Finkelsteina w 8 przypadkach wyprysku u przekarmionych osesków w wieku od 5—12 miesięcy. By móc porównać wyniki leczenia dyetetycznego z wynikami leczenia maściami, smarował autor jedną połowę twarzy maścią, drugą zaś zostawiał bez maści. Zdaniem autora maść nie wpływała na przyspieszenie wyników leczenia dyetetycznego. Co się zaś tyczy wpływu dyety Finkelsteina, to wyniki jej wogóle nie były zadowalniające. W jednych przypadkach skutek był dość pomyślny, w innych leczenie nie dało żadnych wyników. Autor przypuszcza, że nawet pozornie jednakowo wyglądające wypryski są skutkiem przyczyn rozmaitych, a więc i leczenie ich wymaga indywidualizacyi. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Münchener medizinische Wochenschrift.

Doc. Fr. Hamburger i R. Monti. **Częstość gruźlicy w wieku dziecięcym.** 1909. Nr 9, str. 449.

Już Naegeli wykazał, że gruźlicę spotyka się u dorosłych w 97% przypadków sekcyjnych. Zdanie to zostało potwierdzone przez Burckhardta. Podobne wyniki otrzymali Möller, Hamburger i Sluka, którzy badali tę sprawę na materyale dziecięcym sekcyjnym. Obecnie, gdy możemy stwierdzić gruźlicę już za życia dzięki nowszym dokładniejszym metodom (jakoto odczyn skórny, odczyn ukłucia), pytanie o częstości gruźlicy w wieku dziecięcym musiało uledz ponownej rewizyi. Podjęli się tego autorowie artykułu. Przy badaniu w kierunku gruźlicy stosowano w każdym poszczególnym przypadku z początku odczyn Pirqueta. Gdy ten zawodził po raz pierwszy, stosowano go po raz drugi.

Gdy zawodził powtórnie, próbowano odczynu ukłucia, który, jak wiadomo, jest daleko czulszy. Ogólna liczba zbadanych dzieci wynosiła 509. Dzieci badano w szpitalu Anny w Wiedniu. Z nich 233 pochodziło z oddziału płoniczego, 253 z oddziału błoniczego, 13 dzieci chorowało na zapalenie opon mózgowych, 6 na dur, 1 na zapalenie szpiku kostnego, 1 na zapalenie okątnicze, 1 na przepuklinę pachwinową, 2 na złamanie kości biodrowej. Wyniki wypadły następująco:

Dzieci	w	2 roku	życia	oddziaływały	dodatnio	w	9%	przypadków
»	»	3 »	»	»	»	»	20 »	»
»	»	4 »	»	»	»	»	32 »	»
»	»	5 »	»	»	»	»	52 »	»
»	»	6 »	»	»	»	»	51 »	»
»	»	7 »	»	»	»	»	61 »	»
»	»	8 »	»	»	»	»	73 »	»
»	»	9 »	»	»	»	»	71 »	»
»	»	10 »	»	»	»	»	85 »	»
»	»	11 »	»	»	»	»	93 »	»
»	»	12 »	»	»	»	»	95 »	»
»	»	13 »	»	»	»	»	94 »	»
»	»	14 »	»	»	»	»	94 »	»

Badania porównawcze odczynem skórnym Pirqueta i odczynem ukłucia wykazały, że odczyn skórny jest daleko dokładniejszy w pierwszych latach życia, niż w latach późniejszych; tłómaczy się to tem, że gruźlica w wieku późniejszym zatraca swą »czynność«. Dla tego też, jak widzimy z poniżej przytoczonej tabliczki, liczby odczynu skórnego i odczynu ukłucia zgadzają się w drugim roku życia, w następnych latach zaś różnią się znacznie. Odsetek gruźlicy:

					odczyn skórny czystą tuberkuliną	odczyn ukłucia
U	dzieci	do	roku	2	9%	9%
»	»	»	»	3—4	23 »	27 »
»	»	»	»	5—6	36 »	51 »
»	»	»	»	7—10	47 »	71 »
»	»	»	»	11—14	51 »	94 »

Badania prof. Ganghofnera, jak zaznaczają autorowie, dokonane nad dziećmi Pragi, zgadzają się z otrzymanymi przez nich wynikami. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

C. Oehme. **Grudki chłonne w szpiku kostnym u dzieci.** 1909. Nr 9, str. 446.

Na zasadzie zbadania 25 sekcyjnych przypadków dochodzi autor do wniosku, że w prawidłowym pod innymi względami szpiku kości długich, przeważnie u dzieci, cierpiących na krzywicę, spotyka się zarówno jednocześnie z ogólnem limfatycznem

wybujaniem, jako też niezależnie od niego, grudki chłonne ze środkami rozrodczymi dla małych limfocytów. Grudki chłonne powstają najprawdopodobniej wskutek miejscowego wybujania prawidłowych limfatycznych komórek w warstwie zewnętrznej naczyń rdzenia. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Docent E. Moro, S. Noda i E. Benjamin. **Napadowa hemoglobinurya i rozpuszczanie się krwinek czerwonych in vitro.** 1909. Nr 11, str. 545.

Donath i Landsteiner stwierdzili przed paru laty we krwi chorych, cierpiących na hemoglobinuryę, pewną substancyę, rozpuszczającą krwinki, zarówno tego samego ustroju, jak i obce. Półgodzinne podgrzewanie owej hemolizyny do 56° C. unieczynnia ją. Gdy jednak do tak unieczynnionej hemolizyny dodać świeżej (jakiejkolwiek) surowicy, wtedy staje się ona nanowo czynną. Krew chorego na hemoglobinuryę zawiera zatem pewne ciało — amboceptor, oddziaływające swoiście na czerwone krwinki ludzkie. Amboceptor ten ma się różnić od innych amboceptorów własnością wiązania się z czerwonemi krwinkami tylko na zimnie. Rozpuszczanie się występuje potem, jak zwykle, w cieple przy pomocy komplementu. Twierdzenie przytoczonych autorów posłużyło za punkt wyjścia dla szeregu badań nad 4-letniem dzieckiem, cierpiącem na napadową hemoglobinuryę. Autorowie stwierdzili w swoim przypadku słuszność poglądów Donatha i Landsteinera. Oziębianie jednych krwinek w rozczynie solnym 3° C. i równoległe ogrzewanie drugich w rozczynie 30° C. wykazało dodatnią hemolizę z oziębionemi ciałkami i ujemną z ciałkami podgrzanemi. Ciekawe wyniki dało badanie komplementu po zastosowaniu dziesięciominutowych kąpieli nożnych 5° C. Gdy przed kąpielą surowica krwi nie zawierała zupełnie, lub przynajmniej mało komplementu, to po oziębieniu kąpielą nożną ilość komplementu wzmagała się znacznie już po upływie 15 minut. Wysoka zawartość komplementu utrzymywała się jednak tylko przez parę minut. Po godzinie już surowica była zupełnie wolna od komplementu. Jednocześnie i zależnie od komplementu występowało rozpuszczanie się krwinek czerwonych w naczyniach. Objawiało się to wyraźnem rubinowem zabarwieniem surowicy w ciągu mniej więcej 40 minut. Podjęte jednocześnie drobnowidowe badanie krwi stwierdziło silne pomnożenie wielojądrzastych białych krwinek, zmiejszenie się ilości limfocytów, oraz fagocytozę czerwonych krwinek we krwi, w następnych zaś dniach eozynofilię. Ciepłota ciała podnosiła się po kąpieli i po dwóch godzinach osiągała 38,5, następnie zaś opadała do poziomu prawidłowego. Wobec tego, że napadową hemoglobiuuryę spotyka się, jak wiadomo, najczęściej przy przymiocie, starali się autorowie wyjaśnić pytanie, w jakim stosunku znajduje się amboceptor, rozpuszczający czerwone krwinki, do odczynu Wassermanna. Doświadczenia wykazały jednak, że nieznane ciała su-

rowicy, czynne w odczynie przymiotu, nie mają nic wspólnego z amboceptorami surowicy przy hemoglobinuryi.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Docent A. Uffenheimer. **Dlaczego surowica przeciwbłonicza Behringa zawodzi w niektórych przypadkach.** 1909. Nr 12, str. 598.

Zastanawiając się nad przypadkami z kliniki pedyatrycznej monachijskiej, w których surowica przeciwbłonicza zawiodła, zauważył prof. Pfaundler, że były to przypadki zakażenia mieszanego, t. j. takie, gdzie jednocześnie, lub na pewien czas przedtem, przechodził chory płonicę, lub odrę. Chcąc wyjaśnić istotę tego zjawiska podjął Uffenheimer szereg doświadczeń dla wyjaśnienia stosunku komplementu w chorym ustroju do antytoksyny surowicy przeciwbłoniczej. Doświadczenia stwierdziły, że między stanem komplementu, a leczniczem działaniem wstrzykniętej surowicy przeciwbłoniczej nie zachodzi żaden związek.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

W. Holzmann. **Płonica a odczyn przymiotowy Wassermanna.** 1909. Nr 14, str. 715.

Przypadek mocznicy, przy której odczyn Wassermanna wypadał dodatnio w początkach, następnie zaś znikł. Wobec tego, że wywiady nie stwierdziły przymiotu, uważa autor odczyn Wassermanna, otrzymany w danym przypadku, za zależny od przebytej niedawno płonicy. Rozpoznanie płonicy zaś, zdaniem autora, stwierdza zapalenie gruczołów szyi, zapalenie nerek, łuszczenie się skóry, oraz twierdzenie matki, że dziecko miało przed 10 dniami czerwoną wysypkę na szyi, piersiach i rękach.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Deutsche medizinische Wochenschrift.

H. Helmholz: **Wrzody dwunastnicy przy „dekompozycyi“ u osesków.** Nr. 12, 1909.

W piśmiennictwie znalazł autor zaledwie 5 przypadków wrzodów dwunastnicy u osesków. Jednak zdaje się, że są one znacznie częstsze, gdyż autor sam obserwował dziewięć przypadków, z których 8 potwierdziła sekcya. Istnieje wyraźny związek pomiędzy wrzodami a »dekompozycyą«, której oseski tak często podlegają. Dekompozycyą nazywa autor taki stan, w którym mimo dostatecznego odżywienia następuje szybki ubytek ciężaru wśród ciepłoty niższej od prawidłowej i zwolnienia tętna. Za życia objawami klinicznymi są wymioty (nigdy nie były krwawe) i stolce krwawe. Śmiertelność bardzo znaczna, 89%. Jeden chory został wyleczony. W 2 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek »dekompozycyi«, w 6 przypadkach wskutek krwotoku, z tych w jednym było także zapalenie płuc, a w jednym zapalenie otrzewnej.

Wrzody, zazwyczaj tuż za odźwiernikiem położone, średnicy 0,1—2 cm, miały brzegi ostre, dno terasowate. Ilość wrzodów wahała się od 1 do 4. Z 18 wrzodów przy badaniu drobnowidowem 2 razy spostrzegł H. — tylko większy naciek drobnokomórkowy, a w jednym z nich i martwicę tkanki w środku wrzodu; w tych przypadkach możnaby myśleć o zakrzepowej przyczynie powstania wrzodu. Zazwyczaj nacieku drobnokomórkowego w brzegach wrzodu H. nie spostrzegał, a bujanie tkanki łącznej było nieznaczne. Przyczyny jednak zakrzepu znaleść autor nie może. Wiek chorych osesków przekraczał kilka miesięcy.

Dr Skórczewski.

Berliner klinische Wochenschrift.

A. Schlesinger: **Angina Ludovici**. 1908. Nr 49.

Autor jest zdania, że zgorzelinowe ropowice na dnie jamy ustnej, t. zw. angina Ludovici, biorą początek nietylko w okolicy gruczołu podszczękowego. Dlatego też nazywać tak należy i wszelkie inne sprawy ropne, połączone ze zgorzelą na dnie jamy ustnej, którym towarzyszy ogólne zakażenie ustroju, obrzmienie dna jamy ustnej, oraz obrzęk głośni. W przypadkach, gdzie zachodzi obawa zaduszenia, należy zamiast tracheotomii przeciąć poprzecznie mięsień żuchwowo-gnykowy (m. mylohyoideus) — a to w celu zmniejszenia napięcia tkanek jamy ustnej; w przypadkach cięższych należy przeciąć obydwa mięśnie.

W. Królikowski.

Ludwik F. Meyer i H. Rietschel. **O toksycznem działaniu soli kuchennej przy wlewaniach podskórnych.** 1908, Nr 50.

Pomimo dodatnich wyników, jakie otrzymano przy wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, stwierdzono w ostatnich czasach, że wstrzykiwania te są niezawsze obojętne dla ustroju. Badania, przeprowadzone w tym kierunku (podwyższenie się ciepłoty ciała u osesków, zabójcze działanie soli na niektóre zwierzęta morskie) świadczą o widocznie toksycznem działaniu wstrzykiwań soli kuchennej, zwłaszcza na ustrój dzieci.

Meyer i Rietschel widzieli podwyższenie się ciepłoty do 39° u 60% osesków, którym wstrzykiwano podskórnie 20—50 grm. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Wiadomo także, że działanie takiego rozczynu jest więcej toksyczne dla zwierząt żyjących w rzekach, niż działanie rozczynu izotonicznego z wodą morską.

Wychodząc z tego założenia, starali się autorzy zniweczyć działanie toksyczne danego rozczynu soli kuchennej, dodając do niego soli potasu i wapnia. Okazało się, że rozczyn taki jest mniej toksyczny, mianowicie: w 30 przypadkach po wstrzykiwa-

niach samej soli kuchennej spostrzeżono stałe podwyższanie się ciepłoty, w innych przypadkach, gdzie do wstrzykiwań użyto mieszaniny z 1000 cnt. sz. wody przekroplonej, 7·5 soli kuchennej, 0,2 CaCl i 0,2 KaCl — 12 razy nie było podniesienia się ciepłoty, 11 razy — podwyższenie to było znacznie mniejsze, i tylko w 6 przypadkach nie było żadnej różnicy. Ze względów powyższych autorzy radzą dla celów leczniczych stosować do wstrzykiwań i wlewań podskórnych fizyologiczny rozczyn soli z dodatkiem soli potasu i wapnia w stosunku wyżej wspomnianym. *W. Królikowski.*

Prof. de Renzi: **O stosowaniu eterowego wyciągu paproci (extr. fil. maris aeth.) przy bąblowcu i wągrach.** 1908, Nr 50.

Ponieważ swoiste środki lecznicze przeciw bąblowcowi i wągrom działają skutecznie tylko przy bezpośredniem zetknięciu się z pasorzytem, przeto jedynym racyonalnym sposobem leczenia zdawałby się zabieg operacyjny. Nie wszędzie jednak da on się zastosować, a niekiedy jest niemożliwym, np. przy bąblowcu mózgu. Prof. de Renzi osiągnął jednak szybko wynik dodatni przy stosowaniu paproci w 2 przypadkach wągrów mózgu i skóry, w 1 przypadku bąblowca wątroby, oraz w 1 przypadku bąblowca płuca. W każdym z tych przypadków poprzednio występująca eozynofilia pod wpływem działania paproci zmniejszała się znacznie, w 2 przypadkach np. zmniejszenie się nastąpiło z 8—9% na 1%. Stąd zdaniem autora mylny jest powszechny wniosek, jakoby między tymi pasorzytami a ustrojem naszym nie było wymiany materyi. *W. Królikowski.*.

Schnuetgen: **O zrostach w opłucnej i stosowaniu przy nich fibrolizyny**. 1908, Nr 51.

Autor z dobrym wynikiem stosował wstrzykiwania fibrolizyny w mięśnie przy zrostach opłucnej po wysiękach. Wstrzykiwano fibrolizynę w okolicę zrostów lub w mięśnie pośladkowe 2—3 razy tygodniowo po 2, 3 ctm. sz. (w ampułkach), przyczem wynik nie zależał od miejsca wstrzykiwań. Powikłania są rzadkie i nie ciężkie; zdarza się podniesienie się ciepłoty ciała, ogólne osłabienie i bóle głowy. W przypadkach świeżych podmiotowe i przedmiotowe objawy choroby polepszały się, zrosty ulegały wessaniu, na co wskazywał przebieg i badanie kliniczne, mianowicie: brak poprzedniego stłumienia, szmeru oddechowego, oraz dźwięku głosowego; oddech stawał się spokojniejszy, równy, a wszelkie bóle znikały. W przypadkach przewlekłych, zastarzałych, wyniki były gorsze, zrosty ustępowały nie całkowicie, bardzo powoli. Wobec tego zdaniem autora należy wstrzykiwać fibrolizynę jak najwcześniej, a nawet bezpośrednio po wessaniu się wysięku, przy pierwszych objawach tworzenia się zrostów.

W.Królikowski.

Doc. Th. Mironescu: **Leczenie duru lawatywami kollargolowemi.** 1909, Nr 1.

Pogląd na dur, jako na zakażenie ogólne ustroju, poddał autorowi myśl leczenia tej choroby kollargolem, tak skutecznie działającym przy wszelkiego rodzaju zakażeniach ogólnych. Chorym podawano 1—2 lawatywy z 5 ctm. sz. kollargolu (w 100 ctm³ wody na lawatywę) po poprzedniej lawatywie oczyszczającej. Chorym, którzy nie mogą utrzymać lawatywy, dodaje się 10—20 kropli makowca; jeżeli zaś i to nie skutkuje — podawano kollargol wewnętrznie po 1 gramie w kapsułkach. Dawka ta nie jest trująca, choć duża, działanie jej jednak w postaci tej jest mniej skuteczne. Autor stosował leczenie takie u 17 chorych na ciężki dur, u innych 17 stosował wodę według Ziemssena. Po pierwszych lawatywach z kollargolem ciepłota ciała zazwyczaj nie opadała, przeciwnie — zwiększała się; na drugi dzień jednak ciepłota była mniejsza i z dnia na dzień zmniejszała się stopniowo, przyczem powrót do zdrowia następował o 10—15 dni wcześniej, niż u chorych, leczonych wodą. U chorych, którzy znosili lawatywy — cała choroba od dnia drugiego miała już charakter zwalniania. Lecząc lawatywami z kollargolu nie widział autor powikłań, nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego, z liczby zaś chorych, leczonych wodą, w $^1/_3$ przypadków były krwotoki, z ogólnej zaś liczby 17 — zmarło 4. Występujące zazwyczaj w początkach choroby zmniejszenie się we krwi ilości białych ciałek — natychmiast po pierwszych kilku lawatywach z kollargolu znikało. Autor uważa działanie kollargolu za skuteczniejsze przy durze od leczenia wodą, nie wyłącza jednak możności stosowania obydwóch środków jednocześnie.

W. Królikowski.

L. Cohn. **O następstwach przebytego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** 1909, Nr 2.

Zbadawszy 27 osób w różnych odstępach czasu po wyzdrowieniu po przebytem zapaleniu opon mózgowych, autor dochodzi do wniosku, że najcięższe przypadki tej choroby mogą dać zupełny powrót do zdrowia bez jakichkolwiek następczych powikłań. Prawdopodobniejszem jest to u dzieci, niż u dorosłych, u których następcze cierpienia spostrzegano jeszcze po 2 latach od czasu zachorowania. Wodogłowie może się rozwinąć u dzieci w przeciągu pierwszych 4 tygodni od czasu wyzdrowienia. Z powikłań najtrudniej poddaje się leczeniu głuchota; jest ona, można rzec, prawie nieuleczalną; porażenia zaś, a nawet tarcza zastoinowa częstokroć ulega zupełnemu wyleczeniu. W 2 przypadkach autora krew jeszcze po 2 latach od czasu wyzdrowienia aglutynowała meningokoki. *W. Królikowski.*

P. Fraenkel. **Eulatyna w leczeniu krztuśca.** 1909, Nr 3.

Stosując eulatynę u 14 dzieci dotkniętych krztuścem, autor nie miał ani razu powikłań, ani pobocznych chorobowych obja-

wów ze strony serca lub przewodu pokarmowego. W 9 przypadkach nastąpił w krótkim czasie powrót do zdrowia, w 3 — zmniejszenie się i osłabienie napadów kaszlu, w dwóch — poprawa nie nastąpiła. Ponieważ badanie przypadków przeprowadzono ściśle, choć ilość ich jest zbyt mała, aby coś stanowczego powiedzieć, niemniej, powołując się na badania Friedmana (61 przypadków) — autor gorąco zaleca stosowanie przy krztuścu eulatyny. *W. Królikowski.*

Glaserfeld Br. **Ciałka nabłonkowe i ich wpływ na powstawanie tężyczki.** 1909, Nr 3.

Autor, zwracając uwagę na t. zw. ciałka nabłonkowe (Epithelkörperchen, glandulae parathyreoideae), wskazuje na ich fizyologiczne znaczenie. Według najnowszych badań, tężyczka zależna jest od zmian w t. zw. ciałkach nabłonkowych.

W. Królikowski.

A. Most. **O powstawaniu, zapobieganiu i postępowaniu przy gruźlicy gruczołów szyjnych.** 1909. Nr 3.

Autor wskazuje na zależność tego cierpienia od pierścienia naczyń chłonnych krtani. Podając 60 przypadków, omawia autor zmiany anatomiczne w gruczołach szyjnych. Zarazek przedostaje się przez naczynia chłonne, gardło, albo błonę śluzową policzków. Następnie omawia autor środki zapobiegawcze, zachowanie się przy zajęciu przez gruźlicę gruczołów szyjnych i podaje sposoby operacyjne; leczenie operacyjne jest najracyonalniejsze.

W. Królikowski.

F. C. Lund. **Przyczynek do kazuistyki t. zw. śmierci grasiczej.** 1909, Nr 3.

Autor wykonał sekcyę jednomiesięcznego dziecka, zmarłego raptownie w łóżku matki bez poprzedzającej choroby. Wyłączając winę matki, ew. zaduszenie mimowolne, — uważa autor w danym przypadku za przyczynę zejścia śmiertelnego powiększenie grasicy, prócz którego na sekcyi zmian nie znalazł.

W. Królikowski.

Is. Zeehandelaar. **Nowe łatwe ilościowe określanie cukru za pomocą glukozymetru.** 1909, Nr 3.

Autor podaje kolorymetryczny sposób określania cukru, nadzwyczaj łatwy, nie zabierający wiele czasu i bez użycia przyrządów polaryzacyjnych. Sposób ten opiera się na porównaniu barwy zagotowanego z KOH moczu z podziałką w postaci obracanej tarczy, której wycinki mają kolor od jasnożółtego (kanarkowego) do ciemnobrunatnego, ponieważ taką bywa barwa moczu zależnie od ilości zawartego w niej cukru. Badany mocz należy uwolnić od białka, dodać 1 część octanu ołowiu, przesączyć i do 10 ctm. sz. otrzymanego płynu wlać 5 ctm. 10%

rozczynu KOH: następnie zagotować, gotując do otrzymania stałego zabarwienia. Po przesączeniu należy otrzymany płyn wlać do rurki o średnicy 18 mm. i porównać ze skalą na tarczy; jeżeli podziałano poprzednio na mocz octanem ołowiu, należy liczbę, otrzymaną na tarczy, pomnożyć przez 1,25. Zażywanie salolu, santoniny i t. p. nie wpływa na wynik, należy tylko poprzednio dodać octanu ołowiu. Wyniki, otrzymane przez autora, nie różnią się od wyników, otrzymanych za pomocą przyrządu polaryzacyjnego. *W. Królikowski.*

Schnütgen. **Autoseroterapia przy surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej.** 1909, Nr 3.

Stosowany przez Gilberta sposób leczenia surowiczych wysięków opłucnej podskórnem wstrzykiwaniem choremu jego własnego wysięku — wypróbował autor w 15 przypadkach, i tylko w jednym z nich nie zauważył szybkiego wessania się wysięku. Po poprzedniem odkażeniu rąk i klatki piersiowej chorego napręża się wskazującym i trzecim palcem lewej ręki skórę nad odpowiedniem międzyżebrzem, gdzie wkłuć należy igłę Pravatza aż do jamy opłucnej. Skoro strzykawka napełni się wysiękiem, należy igłę z powrotem cofnąć, pozostawiając koniec jej w tkance podskórnej, i nie wyjmując go ze skóry — nacisnąć tłok i wstrzyknąć płyn otrzymany (o ile jest surowiczym) pod skórę. Jeżeli nie udało się nabrać pełnej strzykawki, można wkłuć w opłucną powtórnie. Opisany zabieg powtarzał autor co 2 dni, wszystkich zaś razem stosował od 1—6. Autoseroterapia może być podjęta bez względu na długotrwałość wysięku, bez oczekiwania na zupełne zniknięcie objawów zapalnych po nakłuciu; sposób ten może mieć zastosowanie także u osób gorączkujących, przyczem wynik bywa taki sam, jak i w późniejszych okresach wysięku; wysięk znika zazwyczaj po 2 tygodniach, w przypadkach cięższych — nieco później. U wielu chorych wystarcza jednorazowe wstrzyknięcie, aby po paru dniach wysięk ustąpił. Ilość moczu po zabiegu zwiększa się znacznie aż do zupełnego wessania się wysięku. Obecność wysięku po zabiegach stwierdzają promienie Röntgena lub nakłucie próbne. Autor nie wyjaśnia należycie istoty tego sposobu leczenia; twierdzi, że wynik autoseroterapii jest jednaki tak przy zwykłych zapalnych wysiękach, jak i przy wyraźnie gruźliczych. (Szurek w klinice krakowskiej nie otrzymał zapomocą autoseroterapii wcale tak korzystnych wyników, jak podaje Schnütgen. Porównaj »Przegląd lekarski« 1909. Nr 29. 30). *W. Królikowski.*

Glaserfeld. **Nawykowe zaparcie stolca, jako przyczyna zejścia śmiertelnego u osesków.** 1909, Nr 12.

W piśmiennictwie mamy wiele prac o nawykowem zaparciu stolca u dorosłych, bardzo mało natomiast danych co do tego cierpienia u dzieci; w pierwszym roku życia napotykamy

tymczasem dosyć często to cierpienie, jako takie jednak nieraz nierozpoznane, ponieważ przyjmuje się, że, jak Henoch twierdzi, objawy chorobowe i zejścia śmiertelne nigdy prawie nie towarzyszą zaparciu. Autor podaje przebieg zaparcia stolca u paromiesięcznego dziecka ze zdrowymi narządami wewnętrznymi, które po przyjściu na świat nie oddawało dobrowolnie kału, lecz przy odpowiedniem karmieniu stosowano mu lawatywy. Mając 6 miesięcy, wskutek objawów podobnych do wpochwienia jelit, przebyło dziecko to operacyę, po której w krótkim czasie nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcya: W okolicy zgięcia śledzionowego okrężnicy (flexura lienalis) stwierdzono grudę twardego kału, wypełniającą światło kiszki, a na środkowej ścianie kiszki w tej okolicy — otwór wielkości monety półmarkowej. Zboczeń w budowie anatomicznej niema. W okrężnicy zstępującej — grudy kału. Rozpoznanie anatomiczne: »Perfor. flexurae lien. ex ulcere decubit. Ulcera coli descend. Peritonitis diff. fibrinopurul. Dilatatio coeci, coli ascend. et transv. Hyperplasia gland. mesent.«. W przypadku tym zachodzi pytanie, czy zaparcie nie było wrodzonem; być może, że tak jest, tembardziej, że i od początku kał dobrowolnie prawie nie odchodził. Dziecko samo przez się rzadko oddawało stolec; stosując przytem stosowne karmienie, dopomagano lawatywami z wody, gliceryny, rumianku i t. p. Za przyczynę takiego zaparcia uważa autor zboczenia w kiszce przy prawidłowych anatomicznych jej stosunkach; mianowicie — słabe unerwienie mięśni w ścianach kiszek ma pierwszorzędne znaczenie, a następnie — niedowład. Choroba powyższa nie ma nic wspólnego z chorobą Hirschsprunga. Przytoczony powyżej, oraz podobne jemu przypadki bardzo trudno poddają się leczeniu, dając nieraz wynik niepomyślny. Piśmiennictwo — nieobfite: Bohn, Bauer, Riether widzieli we wszystkich przypadkach w okrężnicy w zgięciu śledzionowem twarde ciemne grudy kału, tu też zazwyczaj zatykało się niemi światło kiszki. Wnioski autora: Nawykowe zaparcie stolca spotykamy u osesków dość często; doprowadza ono w poszczególnych przypadkach do zejścia śmiertelnego. Po rozpoznaniu tej choroby u osesków należy leczyć energicznie; ponieważ nie posiadamy żadnego swoistego przeciw temu cierpieniu środka (dla mięśni kiszek), przeto wyniki są nieszczególne. Rokować wobec tego należy ostrożnie. Leczenie: pierś lub mleko krowie z dodatkiem przetworów mącznych i tłuszczowych, miesienie brzucha, częste lawatywy z wody, soli, rumianku, gliceryny, oleju rącznikowego, rzewnia. Rzewień i olej rącznikowy można stosować i wewnętrznie. *W. Królikowski.*

Medizinische Klinik.

W. Stoeltzner. **Kamienie żółciowe u 7-letniego chłopca.** 1909, Nr 1.

Obecność kamieni żółciowych w ustroju dzieci jest zjawiskiem

rzadkiem. Spotykamy je zazwyczaj (niewielka liczba przypadków w piśmiennictwie) u noworodków i osesków. Autor podaje przypadek tego cierpienia u 7-letniego chłopca, który raptownie dostał napadu kamicy wątrobowej, poczem wystąpiła żółtaczka oraz stolce odbarwione. Wątroba powiększona. Po tygodniu ponowny napad; w wypróżnieniach — około 20 niewielkich kamieni. Jak wykazało badanie, składały się one z cholestearyny. Chłopiec wkrótce wyzdrowiał. *W. Królikowski.*

Spitalul.

Apostoleanu. **Surowica przeciwbłonicza w róży.** Styczeń 1909.

Autor przekonał się o dobrem działaniu surowicy przeciwbłoniczej przy róży. W jednym przypadku błonica była powikłana różą ucha, która po stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej — ustąpiła. W przypadku drugim spostrzegał autor ciężki przypadek róży na twarzy, rozprzestrzeniającej się dalej, przy ogólnych złośliwych objawach. Po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej bredzenie, oraz inne widoczne objawy, jako też gorączka — ustąpiły. Autor stosuje obecnie w każdym przypadku róży surowicę przeciwbłoniczą, zaznaczając, że powrót do zdrowia następuje po 3 dniach. *W. Królikowski.*

Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte.

Th. Zangger. **Rozpylanie (pulverisatio) wody utlenionej w gardle i nosie przy płonicy.** Marzec 1909.

Autor zaleca częste i systematyczne rozpylania 3% wody utlenionej. Zabieg ten ma oczyszczać błonę śluzową, sprzyjając przez to szybszemu obniżeniu się ciepłoty ciała, oraz zapobiegać powikłaniom w gruczołach szyi, zapaleniom ucha i t. p.

W. Królikowski.

Desfosse (1909. Nr 21) zaleca dla gojenia powierzchownych oparzeń następującą maść:

Rp. Stovaini 1,0
Ung. ac. bor. 40,0
Mf. ung. Do okładów lub
Rp. Stovaini 1,0
Antipyrini 5,0
Ung. ac. bor. 40,0
Mf. ung. Do tegoż użytku. *W. Królikowski.*

Zentralblatt für Gynaekologie.

Nacke. **Menstruatio praecox.** Sierpień 1908.

Dziewczynka, dotknięta krzywicą, zaczęła chodzić, mając dwa lata, przebyła zapalenie płuc, płonicę i odrę; w 3-cim roku

życia zaczęła miesiączkować prawidłowo co 4 tygodnie; podczas miesiączkowania była zazwyczaj osłabiona, kładła się do łóżka, skarżyła się na bóle w brzuchu. Wzrost w 5. roku życia — 115 ctm, objętość klatki piersiowej — 59 ctm, piersi rozwinięte dobrze, prawie półkuliste. Wzgórek łonowy owłosiony, błona dziewicza pierścieniasta, nienaruszona, łechtaczka nie powiększona. Dwuręczne badanie wewnętrzne narządów moczowo-płciowych nie przedstawia trudności, nie bolesne; pochwa stosunkowo długa; macica odpowiada wiekowi; retroversio; lewy jajnik wielkości wiśni, czuły na ucisk, prawy—trudno macalny. Wymiary miednicy: Sp. 19½, Cr 20½, Tr 23, B 14, Conjug. diag. 10 ctm. Wyraz twarzy — dziewczyny 11-letniej. Przy badaniu usunięto z pochwy ziarnko z pomarańczy (samogwałt). Przyczyna przedwczesnego miesiączkowania nieznana; jedni za przyczynę mają krzywicę, wodogłowie, choroby jajników (guzy), inni — samogwałt, zbytnią płodność matki dziecka. Przedwczesnemu miesiączkowaniu towarzyszy wczesne jajkowanie, a to wywołuje, być może, tworzenie się ootoryny w ustroju dziecka. Ciekawe byłoby stosowanie w podobnych przypadkach tyreoidyny.

W. Królikowski.

Wraczebnaja Gazieta.

Jemelianow: **Szczepienia ochronne przeciwpłonicze według spostrzeżeń, zebranych w czasie epidemii roku 1907 w gub. Charkowskiej.** 1909, Nr 12.

Zaszczepiono 317 dzieci, po razu 123 dzieci t. j. 39,1%; po 2 razy — 128, t. j. 40,3%; po 3 razy — 66, t. j. 20,6%. Zachorowało 1 dziecko, szczepione 3 razy. Zachorowało ono na 10. dzień po trzeciem szczepieniu. Przebieg płonicy lekki, jednakowoż na 10. dzień choroby nawrót (?) płonicy i pomimo zastosowania surowicy Mosera — śmierć. Jest to trzeci opisany dotąd przypadek zakażenia płonicą po trzech szczepieniach (na około 30.000 szczepionych). Autor podaje jeszcze do wiadomości następujący ciekawy przypadek. W rodzinie, składającej się z 7 dzieci, u czworga zrobiono po 3 szczepienia. Zachorowało następnie 2 dzieci, które nie były szczepione. Szczepieni zaś nie zarazili się, chodzili do szkoły i żaden inny uczeń od nich się nie zaraził.

L. Mańkowski.

Władimirow: **Zbiór objawów przy ochronnem szczepieniu przeciwpłoniczem.** 1909. Nr 12.

Jeżeli paciorkowiec jest rzeczywistą przyczyną płonicy, to szczepienie ochronne powinno wywołać w skróconej i lżejszej postaci zjawiska płonicy. Sprawą tą właśnie zajmuje się autor. Chociaż objawy po szczepieniu bywają rozmaite, jednakowoż czasami zdarza się, że cały obraz choroby poszczepiennej jest tak łudząco podobny do płonicy, iż nawet na sceptyka powinno to wywrzeć

wrażenie. Jeden taki przypadek W. opisuje. W przypadku tym były wszystkie objawy płonicy, nie było tylko łuszczenia. Wobec takiego łudzącego podobieństwa wskazane może być rozpoznanie różniczkowe między samoistną, a szczepienną płonicą. Różnica polega na tem, że: 1) cały przebieg płonicy szczepiennej jest daleko krótszy (3—4 dni), gdy samoistna płonica trwa 6—8 dni; 2) wysypka występuje w ciągu zaledwie kilku godzin, gdy przy samoistnej płonicy w ciągu 3—5 dni; 3) język przy płonicy szczepionej staje się odrazu malinowatym, gdy przy samoistnej dopiero w końcu pierwszego tygodnia; 4) łuszczenie nie występuje. (Co się tyczy punktu 4, to nie możnaby było zgodzić się z autorem. Praca jego została odczytana w jesieni roku 1908 na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Moskwie, gdzie wywołała bardzo żywą wymianę zdań. Wielu mowców zarzucało W. słabe umotywowanie tego punktu. Rzeczywiście nawet z punktu teoretycznego trudno zrozumieć, dlaczegoby płonica szczepienna, mająca powtórzyć w lżejszej postaci wszystkie objawy samoistnej płonicy, nie dawała tylko objawu łuszczenia. Zresztą i inni lekarze z Rosyi opisali już pewną liczbę przypadków płonicy szczepionej, gdzie łuszczenie istniało (Nikitin, Szmielew, Abapołow. *Przyp. spraw.*). *L. Mańkowski.*

Medic. Obozrenje.

Fedyński: **Wpływ surowicy Mosera na przebieg i zejście płonicy.** 1909, Nr 6—7.

Autor jest gorącym zwolennikiem stosowania w płonicy surowicy wielowartościowej. Materyał, na którym się opiera w swych wywodach, pochodzi z zakaźnego oddziału szpitala św. Włodzimierza w Moskwie. F. zebrał wszystkie przypadki płonicy z lat 1906, 1907 i pierwszej połowy 1908 r., które przyjęto do szpitala najdalej na 5. dzień choroby. Dzień ten oznaczono dlatego, że według zdania Mosera, potwierdzonego zresztą w tymże samym szpitalu przez badania Egiza i Łangowoja, surowica wstrzyknięta później, niż na 5. dzień choroby, działa bardzo słabo, lub też wcale nie działa. Oprócz tego odrzucił F. wszystkie przypadki, powikłane jakąkolwiek inną chorobą, z wyjątkiem błonicy. Tym sposobem otrzymał F. dwie grupy: 1) 317 leczonych surowicą i 2) 920 nieleczonych. Chociaż obie grupy różnią się stopniem zakażenia, jednakowoż mają one pewne wspólne cechy: 1) wszyscy chorzy przyjęci zostali nie później, niż na 5 dzień; 2) u wszystkich określono rokowanie na podstawie przebiegu choroby w ciągu pierwszych 4—5 dni; 3) wszyscy znajdowali się w szpitalu w zupełnie jednakowych warunkach: leżenie w łóżku i dyeta mleczna do 21 dnia choroby; 4) leczenie we wszystkich przypadkach oprócz surowicy było tylko objawowe. Wszystkie przypadki, zebrane przez F. podzielono według skali Mosera na 4 kategorye. Przypadki najcięższe (III i IV kategorya) leczono wszystkie surowicą. Dzieci chore na płonicę, powikłaną błonicą, zaliczono do oddzielnej grupy.

Rozpatrując ogólne wyniki leczenia surowicą, miał F. na względzie: 1) wpływ na zmniejszenie się śmiertelności; 2) wpływ na przebieg płonicy; 3) wpływ na powikłania. Ponieważ w statystyce F. nie było przypadków III i IV kategoryi, nieleczonych surowicą, więc dla porównania użył statystyki Czoszima (1889—1893 r.), Eschericha (1901—1902), Egiza-Łangowoja (1900—1903), Istomina (1905—1906).

Z zestawień autora, podanych w licznych tablicach i dyagramach wynika, że przy stosowaniu surowicy odsetek śmiertelności znacznie się obniża. Gdy u nieleczonych surowicą (III i IV kategorya) waha się on od 55% do 89,9%, to przy stosowaniu surowic spada do 18,6%—34,6% (autor 32%). Osobliwie przekonywającą jest krzywa śmiertelności z płonicy w całej Moskwie i w jednym szpitalu św. Włodzimierza za czas od 1892—1907 r. Z początku krzywa szpitalna biegnie równolegle do ogólnej, tylko ze zrozumiałych powodów jest wyższa. Najmniejsza różnica wynosi 4%. W r. 1904 (początki stosowania surowicy) różnica ta spada do 2%, a w 1906 i 1907 r. śmiertelność szpitalna spada poniżej śmiertelności ogólnej w mieście. Co się tyczy wpływu na ciepłotę, to średnio w 60% dał się zauważyć trwały spadek do poziomu prawidłowego lub 38° w ciągu 12—24 godzin po zastosowaniu surowicy. Jeżeli do tego dodamy 21,5%, można zauważyć obniżający wpływ surowicy na ciepłotę ciała. Ciekawy jest dyagram VII, w którym F. porównuje według dni spadku ciepłoty II kategoryę nieleczonych surowicą i II, III i IV — leczonych. Z zestawienia tego wynika, że maximum przypadków ze spadkiem ciepłoty do poziomu prawidłowego u dzieci leczonych surowicą, przypada na 4—5 dzień choroby, u nieleczonych surowicą na 10—15 dzień. Średnia długość trwania gorączki powyżej 38° u nieleczonych surowicą (II kat.) wynosiła 16 dni, u leczonych surowicą (II, III, IV kat.) — tylko 9,2 dnia. Mniej lub więcej wyraźne polepszenie stanu ogólnego u III kategoryi leczonych zauważono w 89,8%, u IV kategoryi w 75%. W 50,2% wysypka zbladła już na 2—3 dzień choroby, w 36,2% — na 4 dzień i tylko w 23,5% na 5 dzień. U wyzdrowiałych II kat. leczonych surowicą zgorzelinowe zapalenie gardła zauważono w 87%, a u leczonych II, III i IV kat. przed wstrzyknięciem 42,3%, a po — zaledwo 8%, razem 50,3%. Odsetek powikłań zapaleniem nerek był przy takich samych warunkach 18,3% i 10,3%. Żeby uniknąć zarzutu, że pewną część zapaleń przeoczono, zbadał F. w tym kierunku 28 zwłok dzieci nieleczonych i 28 leczonych i znalazł 29% i 14.5% zajęcia nerek. Przytem autor zauważył, że im wcześniej surowicę wstrzyknięto, tem odsetek powikłań był mniejszy.

Zastanawiając się w końcu nad przyczyną takiej różnicy w poglądach rozmaitych autorów na działanie surowicy, podnosi F., że ci tylko odmawiają surowicy skuteczności, którzy spostrzegali małą ilość przypadków, ci zaś, którzy zebrali dużą ilość

spostrzeżeń, są zupełnie innego zdania (Escherich 112 przypadków, Egiz i Łangowoj 400, Istomin 140, Wojnow 171).

Działanie surowicy zależy od trzech czynników: 1) jakości surowicy; 2) siły zakażenia i 3) stopnia odporności ustroju. Wielką rolę odgrywa bezwątpienia jakość surowicy. Ale niestety nie mamy sposobów pracownianych do określenia tej jakości, więc często można widzieć w zastosowaniu jednej seryi surowicy cały szereg wyników dodatnich, wpływ zaś drugiej seryi jest niewielki lub nawet żaden. Tak się właśnie zdarzyło raz jeden autorowi, tak że musiał odrzucić jedną seryę surowicy i użyć drugiej.

Przebieg zakażenia paciorkowcem jest inny, niż np. prątkiem Löfflera. Gdy przy zakażeniu prątkiem Löfflera bakterye, usadowiwszy się w pewnem ograniczonem miejscu, zatruwają ustrój swymi jadami, słowem powstaje tutaj toksynemia, to przy zakażeniu paciorkowcem następuje bakteryemia. A przy słabej odporności ustroju i silnej jadowitości bakteryi, mogą bakterye być rozniesione tak szybko przez prąd krwi do rozmaitych części ustroju, że zatrucie nastąpi wcześniej, nim pojawią się ogniska ropnicy. Czasami wystarcza już 6—12 godzin, żeby w ustroju nastąpiły zmiany, nie dające się już naprawić. Tem tylko można objaśnić sobie bezskuteczność surowicy w niektórych przypadkach. Łatwo zrozumieć, że przy niewielkiej ilości spostrzeganych przypadków mogą one należeć przypadkowo wszystkie lub w większej części do wspomnianej kategoryi.

F. kończy swoją pracę słowami Eschericha: »Surowica Mosera stanowi punkt zwrotny w leczeniu płonicy« i podaje następujące wskazówki do stosowania surowicy: 1) Surowica przed wstrzyknięciem powinna być ogrzana mniej więcej do 40°. 2) W przypadkach III i IV kategoryi wskazane jest natychmiastowe wstrzyknięcie surowicy w ilości następującej: dzieciom do roku 100 cm³, od 1—2 l. 150 cm³, wyżej 2 lat 200 cm³. 3) W przypadkach II kategoryi należałoby także natychmiast wstrzykiwać surowicę, ponieważ gdyby nawet pomylono się w rokowaniu, to w każdym razie surowica szkody nie przyniesie, a wczesne jej zastosowanie zmniejsza ilość powikłań i osłabia ich natężenie. 4) Wobec dowiedzionego (zdaniem autora *przyp. spraw.*) dodatniego wpływu surowicy w powikłaniu, należy ją wstrzykiwać i w przypadkach I kategoryi, tylko tutaj, być może, należałoby zmniejszyć dawkę do 100 cm³, a nawet 50 cm³, z warunkiem, aby surowicę wstrzyknięto w ciągu pierwszych dwóch dni choroby. Gdyby następnie dany przypadek okazał się cięższym, niż się zrazu wydawał, to wstrzykiwania można powtórzyć. 5) W przypadkach ciężkich można wstrzykiwać surowicę nawet i później, niż w 5. dniu choroby, jednakowoż bez wielkiej nadziei pomyślnego skutku. 6) W przypadkach bardzo ciężkich, gdy przez dobę po wstrzyknięciu surowicy nie nastąpił zwrot ku lepszemu, należy powtórnie wstrzyknąć 100—200 cm³. Toż samo należy zrobić, gdy po czasowem polepszeniu nastąpiło pogorszenie (samo

tylko podniesienie się ciepłoty nie ma większego znaczenia). 7) W razie niesprawności serca, należy je pobudzić środkami objawowymi aż do wystąpienia działania surowicy.

L. Mańkowski.

Morozow: **Błonica u noworodków i osesków.** 1909, Nr 3.

Błonica u noworodków i osesków najczęściej pojawia się w postaci błonicy nosa (Filatow). Śmiertelność przytem jest bardzo wielka. W czasach przedsurowiczych wynosiła ona 94,73% (Schlichter); w czasach posurowiczych 74,52%—88,3%. W szpitalu cesarza Pawła w Moskwie od roku 1903 do 1907 było 600 dzieci chorych na błonicę w wieku od 3 dni do 12 miesięcy. Błonicę nosa bądź samego, bądź w połączeniu z zajęciem innych narządów, spostrzegano w 320 przypadkach, t. j. w 53,3%. Zastanawiając się nad przyczynami tak częstego zajęcia nosa, mniema M., że na to składają się rozmaite czynniki, między innymi to, że takie dziecko umie oddychać tylko nosem i że matka, o ile zupełnie nie rozumie, co to znaczy czystość jamy ustnej, o tyle znów często stara się czyścić nos dziecka i to najczęściej brudnymi palcami i tym sposobem łatwo przenosi zakażenie do nosa.

Z liczby 600 dzieci chorych na błonicę zmarło 479. Śmiertelność zatem wynosiła 79,83%. Wielką rolę grał tutaj sposób karmienia dzieci. Ze 408 dzieci, żywionych sztucznie, zmarło 88,48%; ze 192, karmionych piersią — 61,45%. Nie bez znaczenia są też choroby poprzedzające błonicę, które wyniszczając mało odporny ustrój dziecka, sprzyjają nowemu zakażeniu. Zgodnem zdaniem wszystkich autorów błonica zaczyna się u takich dzieci bardzo podstępnie i rozpoznanie bywa bardzo trudne, tak że dopiero badanie bakteryologiczne wyświetla sprawę. Pewien wpływ na odsetek śmiertelności miała bezwątpienia i ta okoliczność, że były to dzieci przynoszone z Domu podrzutków i to zwykle dość późno, wskutek czego nie można było dość wcześnie wstrzyknąć surowicy. Za dowód może służyć fakt, że z 600 dzieci 150, t. j. 26,3%, przeżyło w szpitalu mniej niż jedną dobę, a kilkoro zmarło w ambulatoryum szpitala natychmiast po przeniesieniu.

Wogóle rokowanie jest w błonicy u osesków bardzo niepomyślne, a jedną z przyczyn tego jest, że błonica szybko szerzy się u nich na tchawicę, oskrzela i płuca. Niemniej, im wcześniej stosowano surowicę, tem przebieg był pomyślniejszy. M. u wszystkich swoich chorych stosował surowicę w ilości od 1000—3000 jednostek.

Nakoniec zastanawiając się nad sposobami walki z epidemią w Domu podrzutków, dochodzi M. do przekonania, opartego na osobistem doświadczeniu i zestawieniu spostrzeżeń rozmaitych autorów, że szczepienia zapobiegawcze nie mają wielkiego

znaczenia i chronią na jakie 2—3 tygodnie. Na podstawie spostrzeżeń Schlichtena w wiedeńskim Domu podrzutków i nowszych danych z epidemiologii błonicy, dochodzi M. do wniosku, że największą rolę w rozpowszechnianiu choroby grają tak zwani »roznosiciele« bakteryi i że dla racyonalnej walki z epidemią w domach podrzutków, żłobkach, przytułkach dla położnych itd. koniecznem jest: 1) Ścisłe zbadanie przez lekarza każdego przybywającego dziecka i jego matki, połączone z bakteryologicznem badaniem śluzu z nosa i gardła; aż do uzyskania ostatecznych wyników tego badania matka i dziecko powinny pozostawać w pawilonie izolacyjnym; 2) karmienie piersią i ścisłe przestrzeganie wszelkich prawideł higienicznych; 3) przy pojawieniu się błonicy konieczne jest bakteryologiczne badanie śluzu z jam nosowych i ustnej u wszystkich dzieci i niezwłoczne odosobnienie chorych; 4) możebnie wczesne zastosowanie surowicy w ilości 1000—3000 jednostek; 5) decentralizacya działalności ogromnych domów podrzutków. *L. Mańkowski.*

Ruskij Wracz.

Mencikowski: **W sprawie leczenia mimowolnego moczenia nocnego i dziennego.** 1909, Nr. 10.

Damski: **Przyczynek do kazuistyki mimowolnego moczenia nocnego u dzieci** (*Ibidem* Nr. 11). M. na podstawie własnego doświadczenia twierdzi, że mimowolne moczenie zależy od zmian prawidłowego stopnia pobudliwości i ukrwienia błony śluzowej pęcherza. Zmiana w kierunku zwiększenia pobudliwości daje jeden typ chorobowy, zmiana w kierunku zmniejszenia — drugi typ. W przypadkach pierwszej kategoryi pobudliwość bywa czasami tak wielka, że najmniejsze dotknięcie błony śluzowej dróg moczowych wywołuje u dziecka odczyn w postaci silnego bolu, a następnie krzyku i ruchów obronnych, wskutek czego zbadać pęcherz można tylko w uśpieniu. W przypadkach drugiej kategoryi błona śluzowa bywa tak niewrażliwa, że np. w jednym przypadku, przytoczonym przez M., badanie cystoskopem, powtarzane przez wielu obecnych, nie wywoływało żadnego odczynu ze strony chorej. Wobec tego zdaniem M. postępowanie powinno być dwojakie. W przypadkach pierwszej kategoryi wskazane są miejscowo środki znieczulające: kokaina, eukaina i t. p. w połączeniu z adrenaliną: 1 kropla 0,1$^0/_0$ rozczynu adrenaliny na 1,00—1$^0/_0$ rozczynu kokainy. Następnie wprowadzanie cewnika miękkiego i jednocześnie kąpiele codzienne 28^0—20^0 R, a wewnętrznie brom z beladoną. W przypadkach drugiej kategoryi wskazane są środki drażniące (azotan srebra, albargina itp.). W końcu przytacza M. opisy 5 swoich przypadków.

D. podaje opis przypadku mimowolnego moczenia u chłopca 5-letniego. Przypadek ten według podziału M. nie mógłby być zaliczony do żadnej kategoryi. Był on powikłany zapaleniem

pęcherza z wielkiemi zmianami w jego ścianach: ściany były zgrubiałe, twarde, mięsień przerosły tworzył belki (vessie à colonnes). Między belkami instrukcye fosforowane, wprawdzie niewielkie. Inkrustacye te sprawiały przy cewnikowaniu wrażenie kamienia, skutkiem czego wykonano cięcie nadłonowe i założono do pęcherza syfon Guyona. Po usunięciu syfonu rana zagoiła się w ciągu 10 dni, a chłopiec zaczął prawidłowo oddawać mocz z dłuższemi przerwami. D. podkreśla, że na rok lub dwa przed operacyą przypadek ten byłby uważany za przypadek samoistnego moczenia mimowolnego, ponieważ choroba pęcherza rozwijała się tak pomału i nieznacznie, że nie zwracała na siebie żadnej uwagi. Skłania się ku zdaniu Caspra i Amata, że w pewnych przypadkach uporczywego moczenia mimowolnego z nieżytem pęcherza, mogłoby być wskazane cięcie nadłonowe.

L. Mańkowski.

OCENY.

G. Anton. **Cztery wykłady o zaburzeniach rozwojowych u dziecka.** Berlin. 1908. S. Karger.

Na całość składają się cztery, pod względem treści w ścisłym związku znajdujące się odczyty. W pierwszych dwu wykładach zajmuje się autor wyjaśnieniem przyczyn, zatrzymujących rozwój ustroju na stopie dziecięcej (infantilismus), zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Mamy tu schematyczne, oparte przeważnie na gruncie przyczynowym, zestawienie różnorodnych postaci, w jakich spotykamy to zboczenie. Główną rolę przy powstawaniu zaburzeń w rozwoju ogólnym ustroju dziecka przypisuje autor zaburzeniom w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem; obok tarczycy wchodzą w grę jeszcze gruczoły płciowe, nadnercza i grasica. W trzeciej części znajdujemy opis cierpień układu nerwowego i zboczeń umysłowych, występujących w okresie dojrzewania płciowego. Ostatni wykład na temat: »Jak należy postępować z dziećmi, u których rozwój ogólny został zatrzymany, i z dziećmi zwyrodniałemi«, zawiera wskazówki pedagogiczno-lekarskie, na których powinna być oparta metoda leczenia tych nieszczęśliwych istot. Uzupełnienie całości stanowi załączony na końcu pracy bardzo obszerny wykaz (118) zakładów, przeznaczonych do pielęgnowania osób, dotkniętych nieudolnością umysłową w Niemczech, Austryi i Szwajcaryi. Wartość książki podnosi bogaty spis piśmiennictwa, z którego autor czerpał materyał do swej pracy.

S. Łyskawiński (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH.

Towarzystwo medycyny wewnętrznej i chorób dziecięcych w Wiedniu. Sekcya pedyatryczna.

(Sprawozdanie własne).

Posiedzenie z dnia 22/IV 1909.

1) E. Popper pokazuje dwie siostry (2- i 4- letnią) **z rdzeniowym postępowym zanikiem mięśni** (Hoffmanna-Werdninga). Rodzice zupełnie zdrowi. Dzieci urodzone prawidłowo i na czasie. Zdrowe pod każdym względem dzieci poruszały z początku prawidłowo rękami i nogami. Dopiero od 6-go miesiąca życia poczęła powoli i nieznacznie zmniejszać się zdolność ruchów w nogach. Cierpienie z nóg zaczęło postępować wyżej, dzieci przestały siadać i nie mogły już utrzymać głowy. Wobec tego dzieci nie nauczyły się wcale chodzić. Na razie nadzwyczaj tłuste dzieci poczęły mizernieć. Duchowy rozwój i sprawność nerwów mózgu zupełnie prawidłowe. Znaczny zanik mięśni, na których miejscu rozwinęła się tkanka tłuszczowa. Dziecko zaledwo może podnieść rękę do ust. Lewa górna kończyna uruchomiona w stawie ponad zwykłe granice, nie trzęsie się jednak, ani też nie wykazuje włókienkowego drgania mięśni. Dziecko może siedzieć tylko podparte, wypuklając mocno kręgosłup. Dolne kończyny poprostu wiszą. Nie można zauważyć nigdzie żadnego przerostu. Obydwie stopy w położeniu końskoszpotawem. Odruchy ścięgniste nie dają się wywołać. Odczyn zwyrodnienia istnieje. Zwieracze działają prawidłowo. Zboczenia uczuć niema. Inteligencya odpowiada wiekowi. Dane objawy odpowiadają zupełnie »przewlekłemu rdzeniowemu zanikowi mięśni na podkładzie rodzimym« lub »postępującemu rdzeniowemu zanikowi mięśni wczesnego dzieciństwa« Hoffmanna i Werdninga. Badania drobnowidowe wykazywały w takich przypadkach zwykle zanik komórek przednich rogów. Choroba należy do rzadkich i jest jedyną wśród zaników mięśni występujących rodzinnie. Dane cierpienie zbliża się nawet patologo-anatomicznie do przewlekłego zapalenia substancyi rdzenia, oraz do dziedzicznej postaci postępowego zboczenia w odżywianiu mię-

śni Leyden-Möbiusa. To ostatnie jest jednak cierpieniem tylko mięśni, spotyka się u dzieci w wieku starszym i nie wywołuje porażenia w tak krótkim czasie

2) M. Berliner pokazuje preparat przypadku **położenia serca po stronie prawej wskutek wrodzonego braku prawego górnego i średniego płatu płuc** (patrz sprawozdanie z posiedzenia 18/III 1909 r.).

Prof. Ghon zauważa, że położenie serca po stronie prawej zostało wywołane niewątpliwie wrodzonym brakiem płatów płuc, ale że jednocześnie zapalenie prawej opłucnej spotęgowało nieprawidłowe to położenie.

3) Fel. Bauer i M. Lehndorf odczytują pracę **o aktywowaniu hemolizy trucizną kobry przez surowicę chorych** (patrz w dziale streszczeń).

Dyskusya: O. Frankl podkreśla, że surowica krwi matki działa zawsze jako aktywator, zaś surowica dziecka niema tego działania. Z tego należy wnosić, że surowica matki zawiera dużo, surowica dziecka mało lecytyny. Tłómaczy się to tem, że łożysko jest zarówno drobnowidowo, jako też biologicznie narządem podwójnym. Układ krwionośny kosmkowy jest zupełnie oddzielony od układu krwionośnego błony doczesnej. Schultze udowodnił, że ani jedna kropla krwi matki nie może się zmieszać z krwią płodu. Ponieważ łożysko obfituje w lecytynę, wypadałoby zbadać, czy jest ona związana li tylko z częścią matczyną, czy też dzięki pewnym warunkom biologicznym dostaje się ona do obiegu krwi matczynego ustroju. Landsteiner i Halban wykazali, że surowica krwi płodu różni się od surowicy krwi matki i że pewne ważne składniki surowicy spotyka się we krwi matki daleko obficiej, niż w surowicy noworodka. Być może, że odgrywa w tem pewną rolę nietylko anatomiczna przegroda, lecz także i różnica obydwu rodzajów krwi w stosunku do tłuszczów.

E. Stoerk uważa na zasadzie pracy dokonanej wspólnie z Eitnerem, że odczyn z jadem kobry, podany przez Calmettea, nie jest wcale swoisty. Natomiast wielkiego znaczenia nabiera fakt, że surowice prawidłowe nie aktywują jadu kobry. Aczkolwiek w obecnej chwili badanie odczynów surowicy jest utrudnione poza murami kliniki, to jednak musi ono z czasem zająć miejsce obok tak szczegółowego badania, jak rozbiór moczu. Co się tyczy łożyska, to w 14 przez mowcę zbadanych przypadkach krew łożyska wykazała wyraźne strącanie się kłaczków lecytyny podług Porgesa. Odgrywają tu rolę chemiczne, nie zaś biologiczne czynniki. Naprzykład krew łożyska nie daje odczynu kłaczkowego z fenolem, względnie resorcyną w rozczynie soli kuchennej.

H. Lehndorff: Calmette twierdził, że surowice chorych na przymiot oddziaływają tak samo, jak surowice chorych na gruźlicę. Różnica polega podług niego na tem, że surowica chorych na gruźlicę daje swoiste połączenie z tuberkuliną. Mowca

tego jednak nie zauważył. Nawet rozpuszczające surowice chorych na przymiot nie rozpuszczały z jadem kobry krwinek czerwonych po dodaniu tuberkuliny.

4) Docent F. Hamburger: **O częstości gruźlicy w wieku dziecięcym** (patrz w dziale streszczeń artykuł w »Münch. med. Wschr.« pod powyższym tytułem).

Dyskusya: Prof. Ghon: Stwierdzenie sprawy gruźliczej w każdym poszczególnym wypadku na stole sekcyjnym należy do najtrudniejszych zadań patologo-anatoma. Tem cenniejszy jest odczyn skórny Pirqueta, ponieważ w przypadkach spornych daje on podnietę do odszukania bądź co bądź ogniska gruźliczego.

Prof. Escherich zgadza się na liczby podane przez prelegenta, sądzi jednak, że określenie »gruźliczy« nie daje w wielu przypadkach dokładnego przedstawienia o sprawie gruźliczej, ponieważ w wielu bardzo przypadkach nie mamy zupełnie żadnych objawów klinicznych u jednostki, uznanej za gruźliczą na zasadzie skórnego odczynu Pirqueta.

J. Robinsohn stwierdza, że z zadowoleniem słuchał powyższego odczytu. Jako rentgenolog mowca nieraz miewał starcia z klinicystami, rozpoznając gruźlicę tam, gdzie badanie kliniczne przez opukiwanie i osłuchiwanie dało wyniki ujemne. Mowca rozróżnia trzy rodzaje obrazów rentgenowskich: 1) Przyćmienia smugowate, odpowiadające przebiegowi rozgałęzień oskrzelowych (zapalenie okołooskrzelowe, śródmiąższowe stwardnienie płuc). 2) Przyćmienia wysepkowate, odpowiadające co do postaci, położenia i wielkości gruczołom chłonnym wzdłuż tchawicy i oskrzeli aż do najdrobniejszych rozgałęzień (adenitis pulmonalis), lub też spowodowane skupieniami rozrzuconych w tkance gruzełków, albo zgęszczeniami tkanki płucnej. 3) Wypełnione powietrzem nieobfitujące w tkankę ogniska płucne, co do których niepodobna wydać sądu tylko na zasadzie badania rentgenoskopowego, czy są to jamy, czy też ograniczone rozszerzenia oskrzelek, czy też rozedma płuc. Przy porównywaniu wyników badania klinicznego, oglądania, osłuchiwania, opukiwania, badania bakteryologicznego, mowca otrzymywał następujące wyniki: 1) Wyniki badania klinicznego tylko w części stwierdzały wyniki badania rentgenowskiego. 2) Najwyraźniej ujemny wynik badania klinicznego przeczył wyraźnemu wynikowi rentgenoskopii, lub też odwrotnie. 3) Wyraźny obraz rentgenoskopowy nie znajdował potwierdzenia w badaniach klinicznych. Dla dokładności badania rentgenoskopowego należy badać płuca zarówno oglądaniem, jako też i fotografowaniem obrazu rentgenowskiego. Pierwsze wykrywa zmiany w sprawności oddechowej płuc, drugie daje pojęcie o anatomicznych zmianach w tkance. Samo przez się rozumie się, że zdjęcie fotograficzne ma o tyle znaczenie, o ile zostało dokonane momentalnie. Tylko połączenie każdorazowe rentgenoskopii z rentgenografią może zmniejszyć do minimum ilość popełnianych przy wnioskowaniu w ta-

kich razach omyłek i zrobić z badania promieniami Roentgena do pewnego stopnia »autopsyę in vivo«.

Docent Hamburger odpowiada na zapytanie prof. Eschericha, że wobec tego, iż obecnie nie może być żadnej wątpliwości co do wiarogodności odczynu Pirqueta, należy rzeczywiście uznać, że w wielu przypadkach gruźlicze zakażenie ustroju dziecięcego nie pociąga za sobą dających się uchwycić zmian klinicznych.

Posiedzenie z dnia 27/V 1909.

1) Docent Marburg pokazuje dwuletnie dziecko **z porażeniem górnych kończyn po zapaleniu substancyi szarej rdzenia.** Dziecko spadło jakoby z łóżka, poczem miało nastąpić porażenie wszystkich kończyn. Porażenie kończyn dolnych miało charakter kurczowy: odruchy ścięgniste osłabione, odruchy skórne zmniejszone, odruchy kończyn górnych powolne. Wrażliwość na ból, z wyjątkiem osłabienia w kończynach górnych, zachowana. Po paru dniach ogólny stan chorej poprawił się, wszystkie objawy, z wyjątkiem niedowładu kończyn górnych, znikły. Pozostało też lewostronne współczulne porażenie mięśni ocznych. Obecnie: lekkie obniżenie poczucia bolesności i pobudliwości elektrycznej w obydwu kończynach górnych. Odruchy ścięgniste na kończynach dolnych wzmożone. Brak odruchu Babińskiego, odruchy skórne zachowane. Kręgosłup nie jest wrażliwy na ucisk i przy badaniu promieniami Roentgena wykazuje stosunki prawidłowe. Dziecko chodzi, aczkolwiek nie tak dobrze, jak chodziło dawniej. Ciepłota wznosiła się do 38·3 C. tylko podczas pierwszych dni choroby. W danym przypadku należałoby pomyśleć przedewszystkiem o ucisku rdzenia kręgowego wskutek zwichnięcia lub złamania kręgosłupa. Tymczasem dla podobnego rozpoznania brakuje całego szeregu objawów: zmian miejscowych, zakłócenia w unerwieniu przepony, zboczenia czucia. Wobec tego należy rozpoznać tylko zapalenie substancyi szarej rdzenia, przy którem zarówno współczulne porażenie mięśni ocznych, jakoteż wzmożenie odruchów spotyka się dość często. Co się tyczy wypadnięcia z łóżka, to należy uważać je za fakt przypadkowy.

Dyskusya: Docent Zappert zapytuje, czy w danym przypadku nie należałoby też pomyśleć o możliwości wybroczyn.

R. Neurath: Często spotyka się przy zapaleniu szarej substancyi rdzenia objawy kliniczne, świadczące o współudziale dróg piramidowych. Przy przeglądaniu mego materyału z ostatnich lat zauważyłem także wzmożenie głębokich odruchów na dolnych kończynach, lub objaw Babińskiego.

Docent Marburg zauważa, że należy wyłączyć rozleglejsze wybroczyny śródrdzeniowe wobec braku zboczenia czucia. Lekkie obniżenie czucia bólu w rękach spotyka się też przy zapaleniu szarej substancyi rdzenia. Wybroczyny śródrdzeniowe

mają swe ulubione miejsca, n. p. w pobliżu kanału środkowego; wywołuje to zboczenia uczucia.

2) E. Sluka pokazuje fotografie rentgenowskie 7-miesięcznego oseska. Na fotografiach widać wyraźnie **przymiotowe zgrubienie kości** nietylko nóg, lecz także rąk i żeber, tak że właściwie wszystkie kości są zajęte cierpieniem. Próba Wassermanna wypadła dodatnio u matki, jako też i u dziecka. Dziecko wygląda na ogół zdrowo i podług wywiadów nie miało nigdy od urodzenia wysypki. Poród w 7-mym miesiącu ciąży.

3) R. Pollack pokazuje 5-letnią dziewczynkę **z ostrym toczniem wysypkowym.** Przed trzema miesiącami dziecko przechodziło odrę. Po zniknięciu wysypki odrowej na twarzy, tułowiu i kończynach, wystąpiła wysypka, która utrzymuje się aż do dnia dzisiejszego. Wysypką tą jest toczeń wysypkowy. Na grzbiecie rąk i nóg, tak samo na dłoni i ostatnich członkach palców spotyka się twarde, sinawe, w środku zrogowaciałe grudki, gdy na tułowiu i na kończynach spotyka się grudki prosówkowate, które na pierwsze wejrzenie przypominają guzkowate, zmartwiałe tuberkulidy, różnią się jednak od nich głębszym naciekiem. Prócz tego na stawie napięstkowym i na średnich członkach palców »gummata scrophulosa« z zapadnięciem w środku. Dziecko urodziło się w 4 miesiące po śmierci ojca suchotnika, dotychczas było zdrowe. Starsza dwunastoletnia siostra ma wyraźne zmiany w szczytach płuc.

Docent Nobl zwraca uwagę, że w danym przypadku chodzi o dwie sprawy: ostrą wysypkę gruźliczą i następne zakażenie za pośrednictwem krwi. W okolicy każdego guzka dają się bowiem zauważyć plamki wielkości nakłucia szpilki do ziarnka prosa. Plamki te, jasno bronzowego koloru, przenikają głębiej do skóry i przy naciskaniu kawałkiem szkła ujawniają się jako galaretowate, przeźroczyste nacieczenia, analogiczne do opisanego przez C. Boecka »lupoidus miliaris benignus«.

4) Födisch pokazuje 7-miesięczne dziecko **z bromoderma (trądzik bromowy).** Przed 6 tygodniami dziecko przyniesiono z objawami krztuśca, przedtem jeszcze chorowało ono na blednicę, krzywicę, zapalenie oskrzeli i nieżyt jelit. Wobec krztuśca podano bromek sodu 3:150. W drugim tygodniu zażywania bromu na lewem przedramieniu wystąpił mały guzek. Guzek powiększał się w ciągu tygodnia i przybrał postać krwiaka, następnie zaś przekształcił się w twardy, płaski guzek 4 mm wysokości, 2:1,5 średnicy, z wyraźnie ograniczonymi brzegami, czerwonawo-sinawego koloru. Guzek znikł następnego dnia, pozostawiając po sobie ciemnawe zabarwienie skóry. Po paru dniach na prawem przedramieniu ukazał się guzek wielkości małego ziarenka prosa, czerwonawo-sinej barwy; w jednem miejscu guzka dała się zauważyć żółta, odśrodkowo leżąca plamka. Wobec trudności rozpoznania, dziecko przeniesiono do kliniki chorób skórnych, gdzie rozpoznano na razie tuberkulidy i wycięto guzek do

zbadania; badanie drobnowidowe wykazało, że w danym przypadku chodzi o trądzik bromowy. Guzek na prawem przedramieniu pokrył się tymczasem żółtymi punkcikami. Punkciki przekształciły się na małe, idące w głąb kanaliki, wobec czego guzek stał się porowatym, przypominając plasterek miodu. Brom tymczasem odstawiono. Wogóle dziecko miało razem 5 takich guzków, jeden z nich nazwanoby dawniej »bromrupia«, obecnie dermatolodzy nazywają tę postać »bromoderma tuberosum«. Dziecko wyżyło wszystkiego 7 gr. bromu. Dzieci są bardzo wrażliwe na brom. Autor zna przypadek, w którym matka w dwa tygodnie po odstawieniu bromu przyłożyła dziecko do piersi; osesek mimo to dostał wysypki bromowej.

5) Docent Nobl pokazuje przypadek **przewlekłego wysypkowego tocznia krążkowego** (lupus erythematosus chron. discoides). Policzki, podbródek, czoło, grzbiet nosa 7-letniej dziewczynki (z Galicyi) pokrywają gęsto pojedyncze plamy wielkości korony. Obok tego spotyka się plamy zlewające się z sobą, wielkości dłoni dziecięcej. Barwa tych plam matowo-bronzowo-czerwona, nieco zapadzista, ich powierzchnia pokryta jest zlekka warstwą zrogowaciałą. Delikatne, zanikłe, zygzakowato ograniczone krążki porysowane rozszerzonemi naczyniami włoskowatemi. Za toczniem wysypkowym przemawiają w danym przypadku: zapalenie powierzchowne, nieprawidłowe rogowacenie naskórka, powierzchowny zanik i rozszerzenie naczyń krwionośnych. Widzimy tu zwykły obraz powierzchownego, rozlanego nacieczenia, z obrzękiem brodaweczek, rozszerzeniem naczyń i z objawami przemian wstecznych w tkance. Na goleniach widzimy cały szereg błękitnawo-fioletowych rozlanych nacieczeń z objawami przemian wstecznych. Liczne wielkości dłoni ogniska na biodrach muszą być zaliczone do odmiany »scrofuloderma«.

6) A. Goldreich pokazuje preparat wątroby **z wrodzonym brakiem przewodu wątrobowego i przewodu żółciowego wspólnego.** Preparat potwierdza uczynione za życia rozpoznanie (patrz sprawozdanie z poprzednich posiedzeń).

7) Prof. Escherich odczytuje referat: **Leysin jako stacya lecznicza dla gruźliczych.** Leysin leży w Szwajcaryi francuskiej, w dolinie Rony, w pobliżu jeziora genewskiego, 1450 metrów nad poziomem morza. Śnieg pokrywa okoliczne góry w ciągu 8 miesięcy w roku i to jest bogactwem Leysinu, góry bowiem tworzą naokoło coś w rodzaju wielkiego głębokiego półmiska, w środku którego wznosi się płaszczyzna z pobudowanymi na niej hotelami. Promienie słoneczne odbijają się od pokrowca śnieżnego iześrodkowują się wszystkie na płaszczyźnie przed hotelami. Ciepłota w zimie dosięga tu często 40 stopni Celsiusza. Na tarasach hotelowych ustawione są łóżka i dzieci całkiem nagie leżą przez cały dzień w zimie i w lecie, poddając się działaniu promieni słonecznych. Wyniki tego leczenia są świetne, o ile można wnosić z fotografii dzieci pierwszego dnia

po przyjeździe i z ich wyglądania po kilku miesiącach pobytu i wylegiwania się na słońcu. Ciekawe jest zachowanie się odczynu skórnego Pirqueta u chorych w Leysin. Dotychczas uważano znikanie odczynu Pirqueta u chorych gruźliczych, leczonych wstrzykiwaniami tuberkuliny, za objaw dodatni. Tymczasem w Leysin u wszystkich »wyleczonych« chorych daje się zauważyć nadzwyczaj silny i wyraźny odczyn Pirqueta. Wobec tego należy uważać odczyn Pirqueta za swoisty odczyn tkanek względem zakażenia gruźliczego, który się wzmaga w miarę wzmacniania się całego ustroju, nie zaś za wynik zmian zaszłych w surowicy krwi pod wpływem zakażenia gruźliczego.

8) R. Monti odczytuje referat **o wpływie leczenia promieniami słonecznymi na gruźlicę chirurgiczną.** Bernhard zwrócił swego czasu uwagę na sposób suszenia mięsa na słońcu przez włościan okolicznych. Przyszło mu na myśl zastosować promienie słoneczne do obsuszania wrzodów przewlekłych przyrody gruźliczej. Wyniki były nadzwyczaj pomyślne. Od r. 1903 tego samego sposobu używają w Leysin w klinice Rolliera. Mowca pokazuje cały szereg fotografii wrzodów gruźliczych przed i po leczeniu słońcem. Uwagę zwraca kilka przypadków, gdzie wrzody gniły się po lat kilka przy zwykłych opatrunkach, tu zaś wygajały się w ciągu dni 12. Najpierw ustaje w takich przypadkach wydzielanie, gąbczasta tkanka ziarninowa zanika, na miejsce jej występuje mocna prawidłowa tkanka. Z brzegów wrzodu nasuwa się nabłonek i wrzód goi się. Suchość wrzodu — rzecz niezwykła — przy wrzodach gruźliczych zwraca przytem szczególną uwagę na siebie. Chore tkanki wysychają aż do poczernienia, twardnieją i następnie odpadają. Rollier rozporządza już materyałem blisko 200 przypadków z 80% wyleczenia.

Posiedzenie z dnia 24/VI 1909.

1) S. Weiss pokazuje **pompkę mleczną** do ściągania pokarmu zarówno w przypadkach przykrótkich brodawek, jako też w przypadkach zapalenia sutka. Pompka jest właściwie zwykłą flaszeczką, używaną dla karmienia osesków. Szyjka flaszki kończy się bańką taką samą, jak bańki dla odciągania krwi. Flaszeczka, zanurzona do gorącej wody aż po szyjkę, ogrzewa się, zaś bańka nad szyjką pozostaje zimną. Następnie zapomocą szczypczyków drewnianych wyjmuje się pompkę z gorącej wody i mocno przyciska się ją do piersi tak, by brodawka weszła całkowicie do zimnej bańki. W tem położeniu flaszka-bańka pozostaje przez pewien czas i w miarę ochładzania się ciągnie coraz mocniej. Siła wsysania równa się 265 mm słupka rtęci, wtedy, gdy najgrubsze gumowo-szklane pompki rozwijają siłę 175 mm. Szklana, bez żadnej gumy flaszka-pompka łatwo daje się utrzymać w czystości. Mowca używa jej od roku 1901 dla gimnastyki sutka. Matka zaraz po porodzie ściąga co parę godzin regularnie pokarm, podnosząc w ten sposób wydajność piersi, która,

jak wiadomo, jest zależną od stałego i regularnego odsysania. W przypadkach stosowania pompki autor nigdy nie spotykał »braku pokarmu«.

2) Födisch pokazuje 7-letnią dziewczynkę **z naczyniakiem rogowym Mibelli.** Dziecko chorowało swego czasu na odrę; obecnie wydaje się być zdrowe; odczyn skórny Pirqueta jest jednak bardzo silny. Matka i dwie siostry zdrowe, ojciec zmarł przed dwoma laty na gruźlicę płuc. Ostatni członek drugiego palca prawej nogi jest szerszy i grubszy jakie 3—4 razy, postacią swą przypomina łyżkę. Skóra nad zgrubieniem sinawa, na przednich bocznych rogach powierzchni palca występują czarne i bronzowe zgrubienia, ułożone w postaci piramidek. Zgrubienia nie są bolesne przy ucisku. Naczyniak rogowy Mibelli jest wogóle cierpieniem bardzo rzadkiem, szczególnie rzadko spotyka się go u dzieci w tak młodym wieku. W piśmiennictwie spotykamy opis tego cierpienia poraz pierwszy dopiero w r. 1889, ogłoszony przez Mibelliego. Autor na zasadzie badań drobnowidowych określił je jako cierpienie naczyń z następnem rozrastaniem się tkanki rogowej. Do roku 1893 opisano 25 przypadków naczyniaka rogowego. W tym roku Leredde i Milian oświadczyli się po raz pierwszy za gruźliczą etyologią tego naczyniaka. W roku 1904 uczynił to Pautrier, przytaczając na poparcie swego zdania obszerny materyał drobnowidowy i kliniczny. Pautrier stanowczo zalicza naczyniaka rogowego Mibelli do rodziny tuberkulidów, tocznia rumieniowego (lupus erythematodes) i rumienia stwardniałego (erythema induratum). Naczyniaka guzowatego spotyka się na grzbietowych i bocznych powierzchniach palców rąk i nóg, rzadziej na nosie, płatku ucha i mosznie. Prawidłowe rozpoznanie naczyniaka rogowego Mibelli może w wielu przypadkach dopomódz do wczesnego rozpoznania sprawy gruźliczej nawet w tych razach, gdy jeszcze niema wyraźnych objawów ze strony płuc.

3) Hochsinger pokazuje **przypadek choroby Barlowa przy karmieniu piersią.** Dziewięciomiesięczny chłopiec, dziecko inżyniera z Kairu, od 8 tygodni nie może poruszać nóżkami. Z końcem 7-go miesiąca nóżki obrzękły, jednocześnie pojawiła się bolesność przy dotykaniu i rozdęcie nasad długich kości rąk i nóg. Bóle i ogólna bladość rozwijały się współmiernie. Na obrazie Roentgena widać wyraźnie rozległe krwiaki pod okostną na całej długości zajętych kości. Od 8-go miesiąca dziecko otrzymywało oprócz piersi mączkę Nestlégo. Dotychczas nie opisano jeszcze ani jednego przypadku choroby Barlowa w Kairze. Concetti zebrał wszystkie ogłoszone dotychczas przypadki w celu sprawdzenia, czy choroba Barlowa rozwija się tylko przy sztucznem odżywianiu. Z 682 ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków było 20 u dzieci karmionych tylko piersią. Wobec tego mowca podaje w wątpliwość zależność choroby Barlowa jedynie od rodzaju odżywiania. Co się tyczy leczenia, to mowca nie

wierzy w »cudowne« działanie soku owoców i t. p. Choroba w wielu przypadkach ustaje sama przez się. Chorzy w spostrzeganych przez mowcę osobiście przypadkach powracali do zdrowia bez jakiejkolwiekbądź zmiąny w dotychczasowem odżywianiu, będąc cały czas na gotowanem mleku krowiem i mączce Nestlégo. Należy raczej przypuszczać, że cierpienie zależy od jakiegoś zatrucia chemicznej, lub zakaźnej przyrody. W Wenecyi spostrzegano n. p. w roku 1904 w przytułku podrzutków epidemię choroby Barlowa. Z 57 osesków zachorowało na chorobę Barlowa 14. Sam fakt, że najbardziej są dotknięte przy tem cierpieniu miejsca najszybszego rozwoju kości, zdaje się świadczyć za słusznością wyżej wypowiedzianego zdania. Rozwinięta w wysokim stopniu krzywica zdaje się sprzyjać rozwojowi cierpienia.

Dyskusya. S. Weiss przypomina, że pokazywany przez niego przypadek choroby Barlowa z krwiakiem policzka również dotyczy dziecka odżywianego piersią.

B. Sperk wątpi, by choroba Barlowa zależała od wyjaławianego mleka; mowca miał sposobność spostrzegać na prowadzonej przez siebie stacyi »kropli mleka« 3000 osesków; żadne dziecko nie chorowało na chorobę Barlowa. Ze znanych natomiast mowcy przypadków choroby Barlowa żadne z dzieci nie było karmione piersią. Ciekawe jest, że te wszystkie dzieci otrzymywały zupkę Liebiga. Chorzy wyzdrowieli po dodawaniu do pokarmu świeżego surowego soku owocowego. Mowca zwraca uwagę na tak zwane poronne przypadki choroby Barlowa, t. j. takie, gdzie cierpienie objawia się tylko krwawym moczem, wobec czego cierpienie nie bywa wcale rozpoznane.

4) Docent Hochsinger pokazuje **przypadek wrodzonego przymiotu kości z przykurczeniami i oddzieleniem się nasady kostnej, samorodnie wyleczonem.** Zwykle spotykamy przy przymiocie kości u osesków w przypadkach niesprawności ruchów porażenia wiotkie na górnych kończynach, gdy natomiast na dolnych widzimy częściej przykurczenia. W danym przypadku przymiotu kości u 5-miesięcznego dziecka przykurczenia istniały i na górnych kończynach. Przy badaniu promieniami Roentgena rozpoznano przymiotowe rozległe zapalenie okostnej i oddzielenie nasady kostnej na prawem przedramieniu. Po przeprowadzeniu leczenia przeciwprzymiotowego obraz rentgenowski nie wykazał już zapalenia okostnej, ani oddzielenia nasady.

5) H. Lehndorff pokazuje preparat i obrazy rentgenowskie przypadku **pierwotnego mięsaka płuc** u 3-letniej dziewczynki (patrz streszczenie z Wien. med. Wochschr.).

6) Prof. W. Winkler odczytuje rzecz **„O Yoghurcie“.** Głównym czynnikiem przy wytwarzaniu Yoghurtu jest »bacillus bulgaricus«, długi lasecznik kwasu mlecznego; odznacza się on energicznem wytwarzaniem tego kwasu (do 2,3%). Zwykłe mleko kwaśne nie zawiera tego prątka. Lasecznik bułgarski doskonale

przystosowuje się do warunków w jelitach. Po zaprzestaniu używania Yoghurtu można jeszcza po 2—3 tygodniach wyhodować prątka bułgarskiego z kału. Lasecznik bułgarski pozbawia pożywienia inne bakterye i na tem zasadza się jego działanie lecznicze. Przy nieżytach jelit trzeba używać Yoghurtu przynajmniej 1—2 miesięcy, by utrwalić wyniki leczenia. Mowca omawia także techniczną stronę przygotowywania Yoghurtu.

Dyskusya. Prof. Escherich widzi w Yoghurcie dobry środek regulujący sprawność jelit i wpływający dodatnio na przyrost drobnoustrojów przeciwgnilnych. Wykonane w jego klinice doświadczenia wykazały, że Yoghurt wpływa na zmianę flory bakteryjnej jelit.

Docent Hochsinger zauważył, że znajdujący się w handlu u różnych firm Yoghurt nie jest jednakowej wartości. Przy użyciu płynnego Yoghurtu dzieci dostawały nieraz biegunki i wymiotów. Natomiast gęsty, przypominający śmietankę Yoghurt był zawsze dobrze znoszony. Mowca sądzi, że różnica zależy w danym przypadku od niejednakowego składu bakteryjnego przetworu.

B. Sperk nie mógł stosować Yoghurtu przez dłuższy czas na swej stacyi osesków, ponieważ dzieci po pewnym czasie odmawiały przyjmowanią Yoghurtu. Zmiany flory bakteryjnej w kierunku zmniejszenia się gnicia mowca również nie zauważył w większym stopniu, niż to bywa przy używaniu mleka krowiego. Natomiast dobre wyniki daje Yoghurt u dzieci starszych. Dwa razy mowca widział zniknięcie upartego liszaja pokrzywkowego (lichen urticatus) po dłuższem używaniu Yoghurtu.

Docent Jehle robił doświadczenia z karmieniem obcymi rodzajami bakteryi. Obraz drobnowidowy stolca zmieniał się nader szybko już po 24 godzinach, znikały kolonie lasecznika okrężnicy, na ich miejscu na płytkach Drigalskiego i Conradiego wyrastały w wielkiej ilości podane z pokarmem drobnoustroje. Po zaprzestaniu podawania lasecznika okrężnicy z pokarmem lasecznik ten znika bardzo prędko z kału, natomiast inne rodzaje drobnoustrojów wydzielają się z kałem jeszcze w ciągu 2—3 tygodni potem, jak je zaprzestano podawać w pokarmie. Należałoby wnosić z tego, że jelita mają zdolność usuwania lasecznika okrężnicy, nie posiadają zaś tej zdolności względem innych rodzajów bakteryi. Przy używaniu w ciągu 8 dni lasecznika bułgarskiego nie daje się stwierdzić zmniejszenie ilości laseczników okrężnicy, należałoby więc w celach zwalczenia lasecznika okrężnicy używać chyba Yoghurtu przez dłuższy czas. Mowca niema osobistego doświadczenia co do wpływu lasecznika bułgarskiego na bakterye gnilne. Omawiając dalej wpływ podawania bakteryi przy ostrych stanach zakaźnych w jelitach, stwierdza mowca, że podczas podawania z pokarmem pewnych bakteryi ustaje wydzielanie się w kale danych bakteryi chorobotwórczych. Bakterye chorobotwórcze zjawiają się jednak w kale

natychmiast po zaprzestaniu podawania w pokarmie ich antagonistów.

Prof. Winkler zaznacza w odpowiedzi, że niezawsze można wysnuwać wnioski z faktów, gdy przy ciężkich sprawach zakaźnych podawanie lasecznika bułgarskiego pozostało bez wpływu; należy uwzględnić ogólne wyniki doświadczeń: n. p. Sittler, Klotz, Wegele, Leva, Combe otrzymywali wyniki zadowalniające.

7) Dyskusya nad odczytami prof. Eschericha i Montiego: **Leysin jako stacya lecznicza dla gruźliczych; wyniki leczenia promieniami słonecznymi w przypadkach gruźlicy chirurgicznej.**

Docent L. Freund podkreśla znaczenie zainteresowania szerszych kół lekarskich metodą leczenia zmian gruźliczych promieniami słonecznymi. Próby leczenia ropni promieniami słońca nie należą do nowych. Próby te podejmowano już w połowie XVI stulecia, oraz w początkach XIX w. Co się tyczy działania Leysin, to trzeba tu rozróżniać trzy rzeczy: 1) Wpływ klimatyczny — jako to: ciepłe i suche powietrze, dość wysokie położenie nad powierzchnią morza i zmniejszone wobec tego ciśnienie powietrza, brak wiatrów, czystość atmosfery, jasność nieba, elektryczne napięcie i promieniotwórczość powietrza, która, jak twierdzi Saake, jest w miejscowościach położonych wysoko nad powierzchnią morza bardzo wielką; 2) celową wzmacniającą dyetę i takież wewnętrzne i klimatyczne leczenie i wreszcie 3) leczenie światłem, któremu głównie zawdzięcza Leysin swą sławę. Leczenie światłem jest wtedy jednak skuteczne, gdy 1) jest bardzo silne, 2) posiada własności bakteryobójcze, 3) wywołuje odpowiednie zapalenie i 4) przenika głęboko tkanki. Promienie w Leysin są bezwarunkowo silniejsze, niż na płaszczyźnie, w szczególności zaś ultra-fioletowe promienie o krótkich falach, które wskutek przenikania przez atmosferę przeładowaną parami, kurzem, kwasem węglowym, oraz wskutek ruchu i ciepłoty powietrza tracą $^1/_4$ swej siły. Ultrafioletowe promienie nie odgrywają jednak wielkiej roli w leczeniu spraw gruźliczych, ponieważ już stosunkowo cienka warstwa nabłonka wstrzymuje ich przenikanie, jak to mowca zdołał stwierdzić doświadczeniami z błonkami przy oparzeniach i pęcherzycy lub ze skrawkami Thierscha. Tylko mała część ultrafioletowego widma (do linii $\lambda = 3250$ A E) przenika przez nabłonek. Nie należy wobec tego uzależniać dobrych wyników wobec głęboko leżących spraw gruźliczych od promieni ultrafioletowych. Musielibyśmy bowiem w takim razie otrzymywać jeszcze lepsze wyniki leczeniem zapomocą rtęciowo-parowej lampy kwarcowej, czego przecież twierdzić nie możemy.

Daleko silniej od promieni ultrafioletowych działają promienie o falach dłuższych. Podług osobistych doświadczeń mowcy do doświadczeń leczniczych nadają się szczególnie światła, dające dużo jasnych linii na granicy normalnego widma słonecz-

nego przy literach H i K ($\lambda = 3883$). Podobnego rodzaju światłem jest słońce w Leysin. Nie należy jednak lekceważyć znaczenia słońca na płaszczyźnie, ponieważ promienie o długich falach daleko mniej tracą na sile, niż promienie ultrafioletowe o krótkich falach. Skuteczne z punktu leczniczego światło dają lampy łukowe, szczególnie zaś lampy z tak zwanymi »Calcium- und Baryumeffektkohlen«. Wiesner dowiódł, że światło tych lamp działa bakteryobójczo, zaś Richter, że światłem łukowem można osiągnąć takież same wyniki, jak światłem słonecznem. Dobre wyniki daje też przy głęboko leżących sprawach gruźliczych prześwietlanie promieniami Roentgena. Mowca pokazuje 17-letnią dziewczynkę, operowaną dwukrotnie i bez skutku z powodu próchnienia kości członka palca. Po 11-razowem prześwietlaniu promieniami Roentgena nastąpiło zupełne wyleczenie, o czem można się przekonać na obrazie rentgenoskopowym. Ma się rozumieć, że prócz prześwietlania trzeba uważać także i na prawidłowość zabiegów chirurgicznych, jako to: odpowiednie ułożenie części chorych, zabezpieczenie należytego odpływu ropy i wydzielania martwaków. Mowca gorąco poleca próbować prześwietlania promieniami Roentgena w przypadkach ciężkiej gruźlicy kości, w których zabieg operacyjny jest już przeciwwskazany.

B. Sperk zwraca uwagę, by przy badaniu wpływu światła w górach posługiwano się między innymi i tą metodą, którą się posługiwał Wiesner w swych fotochemicznych badaniach nad wpływem klimatu na życie roślin.

L. Hofbauer podkreśla wpływ powietrza i słońca na pogłębienie oddechu u chorych gruźliczych, co pociąga za sobą cały szereg dodatnich spraw w ustroju chorego.

Posiedzenie z dnia 18/III 1909.

1) M. Berliner przedstawia przypadek **położenia serca po prawej stronie** (dextrocardia) u dwuletniej dziewczynki. Dziecko przyjęto do szpitala z powodu zapalenia płuc przy grypie. Przy opukiwaniu klatki piersiowej stwierdzono stłumienie z tyłu z prawej strony u góry i z tyłu z prawej strony u dołu, pośrodku wolny pas odgłosu jawnego. Z przodu z prawej strony stłumienie pomiędzy 4—6. żebrem. Z lewej strony odgłos jawny z przodu i z tyłu. Z początku przypuszczano przykrycie serca płucami, tembardziej, że w zwykłych miejscach osłuchiwania tonów serca, słychać było bardzo słabe tony. W sprzeczności jednak ze słabymi tonami stało bardzo silne tętno. Przy dalszem osłuchiwaniu z przodu z prawej strony dały się słyszeć na miejscu stłumienia trochę przytłumione, lecz silne tony. Wobec tego rozpoznano dextrokardię, co zostało potwierdzone przez badanie promieniami Roentgena.

R. Dehne: **Obecny stan opieki nad oseskami w Austryi.** Opieka nad oseskami w Austryi sprowadza się właściwe do opieki nad oseskami w Wiedniu. Ze sprawozdań instytucyi

opieki nad oseskami w Wiedniu za ostatnie 4 lata widać, że udało się zmniejszyć śmiertelność wśród osesków instytucyi do 10% wtedy, gdy w Wiedniu ten odsetek wynosi 19, a gdy wziąć w rachubę biedniejsze warstwy ludności, z której się werbują klienci »Opieki«, to odsetek śmiertelności wzrośnie w dwójnasób. Wyniki te są bardzo skromne w porównaniu do wyników, osiągniętych w tym kierunku w innych krajach. Dla tego trzeba rozwinąć szerszą działalność, szerząc ideę potrzeby opieki nad oseskami zarówno wśród lekarzy, jak wśród matek. Dla matek należy założyć szkoły, w którychby uczono pielęgnowania osesków. Należy też zakładać żłobki z karmieniem piersią, przeważnie w dzielnicach fabrycznych.

Zgromadzenie przyjmuje następnie wniosek, który uchwalono przesłać komitetowi działającemu pod hasłem »dla dziecka«, utworzonemu z powodu ostatniego 60-letniego jubileuszu rządów cesarza Franciszka Józefa i rozporządzającemu wielkimi środkami pieniężnymi. Wniosek żąda:

1) Wykształcenia dojrzewającego pokolenia lekarzy w dziedzinie sztuki odżywiania osesków i społecznej opieki nad oseskami.

2) Wykształcenia mamek w technice odżywiania piersią i pozyskania ich dla propagandy karmienia piersią.

3) Utworzenia miejsc porad dla matek i stacyi opieki nad oseskami, szczególnie w dzielnicach robotniczych.

4) Wydawania premii za karmienie piersią, któreby nie nosiły jednak charakteru zapomogi dla biednych.

5) Reorganizacyi żłobków na żłobki z karmieniem piersią; wpływania na fabrykantów, by zakładali żłobki przy fabrykach.

6) Zakładania szkół dla matek i dziewcząt wszelkich stanów w celu wykształcenia przyszłych matek.

Miecz. Michałowicz (Wiedeń).

Sprawozdania z Tow. lekarskich berlińskich.

Podał **Stefan Kramsztyk.**

Towarzystwo medycyny wewnętrznej i pedyatryi.

Posiedzenie z d. 3/V 1909.

Prof. Heubner: **O rozróżnianiu chorób wysypkowych ostrych.** Zaznaczywszy we wstępie ważność wczesnego rozpoznania wysypki i wspomniawszy o nowem oświetleniu, w jakiem dzięki badaniom Pirqueta nad chorobą surowiczą stanęła sprawa okresu wylęgania się, który uważać należy za okres tworzenia się w ustroju odpowiednich niweczników, przechodzi Heubner do poszczególnych chorób. W odrze posiadamy obecnie objaw stały, który pozwala nam w mało znamiennym okresie wkraczania choroby do ustroju uczynić właściwe rozpoznanie; objawem tym są plamki Koplika na błonie śluzowej policzków. Plamki te

są już przeważnie widoczne w pierwszym dniu trwania gorączki i pozwalają w tym okresie odróżnić odrę n. p. od płonicy, która również może mieć niekiedy długi okres zwiastunów i późne wystąpienie wysypki, może rozpoczynać się zapaleniem spojówek i nieżytem nosa, gdy odwrotnie odra może mieć za wstępny objaw ropne zapalenie migdałków.

W okresie zwiastunów można łatwo płonicę wziąść za błonicę; omyłki te nierzadko wiodą do wybuchu epidemii płonicy na oddziale błoniczym. Tu przy odróżnianiu nicią przewodnią powinien być rodzaj zaczerwienienia błony śluzowej, otaczającej nalot, silniej, aniżeli przy błonicy występujące obrzmienie gruczołów chłonnych, niezwykle wysokie tętno, oraz zapach, który przy płonicy miewa zawsze słodkawy, do acetonu zbliżony odcień, gdy przy błonicy ma odcień klejowaty. Niezmiernie trudno jest rozpoznać płonicę, gdy przebiega ona pod postacią ostrego zapalenia migdałków bez wysypki. Tylko nader szczegółowe obejrzenie jamy ustnej może jeszcze najprędzej skierować na właściwą drogę, gdyż pozwala ono stwierdzić silniejsze obrzmienie i zaczerwienienie brodawek języka, oraz ostre odgraniczenie zapalnej czerwoności na podniebieniu miękkiem.

Co się tyczy przedwysypkowego okresu ospy, to w grę wchodzi tu centralne zapalenie płuc i dur; w rozpoznaniu różniczkowem pierwszorzędną rolę grają tak często przy ospie spotykane bóle w krzyżu. Rumień przedospowy może dać powód do pomieszania ospy z odrą lub płonicą. Co się tyczy okresu wysypkowego, to nader ważne jest tu odróżnianie wysypek odrowych od odrowatych, płoniczych od płonicowatych, przyczem liczba pierwszych daleko jest większa, gdyż należą tu najrozmaitsze wywołane przez trucizny ostre wysypki. Wysypka toksyczna, występująca przy nieżycie jelit u niemowląt, może dać powód do błędnego rozpoznania odry; — brak tu jednak zwiastunów i plamek Koplika. Podobnież odrowy charakter noszą często wysypki, powstałe przez użycie chininy, antypiryny, środków balsamicznych i alkaloidów; jednakże znajdujące się gdzieniegdzie nacieki pokrzywkowate, silne swędzenie skóry i brak objawów na błonie śluzowej ust znamionuje pochodzenie wysypki przy odróżnieniu odry i różyczki, które nietylko co do wysypki, lecz czasem i co do przebiegu bardzo do siebie mogą być zbliżone; najważniejszą rolę odgrywają plamki Koplika, oraz natężenie gorączki i zwiastuny. Bywają też przypadki różyczki, kiedy wysypka przybiera charakter płonicowaty; zdarzają się nawet całe epidemie z wybitnie płonicowatą wysypką. To dało powód do wprowadzenia przez angielskiego lekarza Dukesa t. zw. »czwartej choroby«, którą już przed nim opisał Fiłatow pod nazwą »rubeola scarlatinosa«. Heubner jest tego zdania, że dotychczas niepodobna było rozstrzygnąć, czy w przypadkach tych chodzi o »czwartą chorobę«, czy też o różyczkę płonicowatą, samo bowiem wyglądanie wysypki nie może służyć za

podstawę do wyodrębnienia postaci chorobowej, gdy wszelkie inne objawy nic szczególnego nie przedstawiają. Wysypkę podobną do płoniczej spostrzegano niejednokrotnie po grypie, w niektórych epidemiach występowała owa wysypka nawet w 9% przypadków. Identyczną co do przebiegu z różyczką chorobę wysypkową, również epidemicznie występującą, opisywano także w ciągu ostatnich lat dziesięciu; chorobę tę Sticker nazwał rumieniem zakaźnym (infektiöses Erythem). Wysypka przedstawia się tu tylko inaczej, aniżeli przy różyczce; na twarzy bowiem widać tu mocno czerwone, wyniesione, zlewające się plamy, które rozciągają się od nosa na policzki; gdy na twarzy przypomina wysypka ta rumień wysiękowy, to na reszcie ciała składa się z plam błękitnawo-czerwonych, nie wyniesionych, gęsto rozsianych, lecz nie zlewających się. Wysypkę tę, występującą w epidemiach ściśle co do miejsca i czasu określonych, próbowano również już wyodrębnić jako »piątą chorobę«.

Wspomniawszy o trudnościach rozpoznawczych, jakie niekiedy zdarzają się przy odrze i płonicy, gdy jedna z tych wysypek silnie drugą przypomina, oraz o zakażeniach mieszanych odrą i płonicą i innemi chorobami wysypkowemi, przechodzi Heubner do choroby surowiczej, tej nowej trudności rozpoznawczej, jaka powstała w okresie stosowania surowicy. Wysypka przy chorobie surowiczej może przybierać postać zwykłego rumienia, pokrzywki, wysypki zbliżonej do odry i różyczkl, postać wielokształtno-wysiękową, płonicowatą. Najwięcej trudności rozpoznawczych sprawia ta ostatnia postać, gdyż obok niezmiernie do płonicy zbliżonej wysypki zdarza się tu wysoka gorączka, błony na migdałkach, zaczerwienienie języka, oraz przyspieszenie tętna. Chociaż niektórzy autorowie tę postać choroby surowiczej uważają wprost za płonicę, jednakże Heubner uważa występowanie jej za fakt. Od płonicy również trudno odróżnić t. zw. »Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans«, opisane już przed kilkudziesięciu laty przez Francuzów. Choroba ta występuje najczęściej u osobników, które już płonicę przebyły, odznacza się wysypką nader do płonicy zbliżoną, swędzącą, szybko w silne łuszczenie przechodzącą, towarzyszy jej gorączka, nierzadko też ropienie z uszu i zapalenie nerek. W rozpoznaniu różniczkowem ma znaczenie brak początkowych wymiotów, silniejszego zajęcia gardła, oraz wybitna skłonność do nawrotów, które w ciągu miesięcy, lat, a nawet dziesiątków lat, w ten sam sposób mogą się powtarzać. Wobec licznych trudności przy rozpoznawaniu płonicy, przy nieznajomości dotychczas właściwego zarazka byłoby niezmiernie ważnem znaleść sposób rozpoznawania na drodze biologicznej; dotychczas jednak mimo czynionych prób, odczynu swoistego dla płonicy jeszcze ostatecznie osiągnąć nie zdołano.

W końcu wspomina Heubner o możliwości pomieszania ospy wietrznej z ospą właściwą i odwrotnie. Radzi on miano-

wicie odnosić się sceptycznie do każdego przypadku ospy wietrznej u dorosłego; wystąpienie ospy wietrznej nawet u oseska po poprzedniem kilkodniowem niedomaganiu, wymiotach, gorączce, jest nader co do ospy prawdziwej podejrzane. Z drugiej strony stwierdzenie na tułowiu jednoczesnego wystąpienia plam i grudek, zatrzymanych na różnych szczeblach rozwoju z zupełnie rozwiniętemi krostkami, co Heubner trafnie porównywa do nieba gwiaździstego, przemawia w zupełności za ospą wietrzną, choćby przebiegowi jej towarzyszyła wysoka gorączka.

Towarzystwo lekarskie szpitala Charité.

Posiedzenie z dnia 27/V 1909.

Prof. Heubner przedstawia przypadek **pląsawicy** (chorea minor) z zapaleniem wsierdzia, powikłany **zatorem tętnicy Sylwiusza z porażeniem połowiczem.** Zwraca uwagę na charakterystyczną krzywą ciepłoty przy przebiegu ostrego gośćca stawowego, zapalenia wsierdzia, a nawet w nieznacznym stopniu i pląsawicy; wszystkie te cierpienia gośćcowe okazują, jak to dowiódł już w r. 1886 Friedländer, znamienne falowania krzywej, której wzniesienie się nazwał ów autor »analepsis«, obniżenie się »katalepsis«; rozróżniać można monoleptyczną i polileptyczną postać gośćca.

Reyher przedstawia przypadek **choroby Barlowa** z nader wybitnymi krwotokami pod okostną na kończynach dolnych; zdjęcia rentgenowskie doskonale odźwierciedlają wszystkie zmiany chorobowe w kościach.

Noeggerath pokazuje przypadek **krwawiączki** (haemophilia), przyczem szkicuje drzewo genealogiczne danej rodziny w pięciu pokoleniach; krwawiączka i w danym przypadku, jak zwykle, przechodzi na osobniki płci męskiej.

Hellmer przedstawia przypadek **wrodzonego zatrucia ołowiem** u kilkoletniej dziewczynki z typowem porażeniem rozginaczy; ojciec chorej pracuje przy zakładaniu kabli elektrycznych; podobny przypadek opisał Oppenheim w 1894 r.

Eckert pokazuje dwuletnią dziewczynkę, u której nader silne **napady drgawkowe przy krztuścu** zostały **usunięte** dzięki kilkakrotnym **nakłuciom lędźwiowym.** Zważywszy, że trzecia część dzieci zmarłych w ostatnich latach na oddziale krztuścowym kliniki berlińskiej, zmarła właśnie wskutek drgawek, należy uznać, że ten nowy środek leczniczy (który i w innych 3 przypadkach okazał się skutecznym), może być często deską ratunku.

Rott przedstawia przypadek **marskości przerostowej wątroby** (cirrhosis hypertrophica) u 9-letniej dziewczynki; sprawa rozpoczęła się już w 3-cim roku życia żółtaczką, która się wciąż powtarzała. Po wyłączeniu jako czynnika przyczynowego zatrucia wyskokiem, oraz gruźlicy, pozostaje przymiot, aczkolwiek odczyn biologiczny wypadł ujemnie.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

W dniu 16. Października 1909 odbyło się we Lwowie uroczyste poświęcenie i otwarcie nowo wybudowanej uniwersyteckiej kliniki chorób dzieci.

Oddanie tego zakładu na użytek publiczny zaspokaja jedną z najważniejszych potrzeb wszechnicy lwowskiej, a dla lwowskiej katedry pedyatryi stwarza warsztat, odpowiadający wymaganiom doby współczesnej.

Dla rozwoju pedyatryi polskiej ma otwarcie tej kliniki znaczenie pierwszorzędne; pozwala ono rokować tej gałęzi nauki u nas znaczne spotężnienie rozwoju, gdyż tak urządzonego uniwersyteckiego zakładu pedyatrycznego dotąd wogóle nie posiadaliśmy.

Opis kliniki podamy w jednym z następujących zeszytów.

W klinice dentystycznej w Charlottenburgu leczono dotychczas bezpłatnie wychowańców szkół miejskich. W styczniu r. b. Rada miejska postanowiła dopuścić do bezpłatnego leczenia również i tych wychowańców średnich zakładów naukowych, którzy zupełnie lub częściowo są uwolnieni od opłaty szkolnej. (Berlin. Zahn. Halbm. Nr. 3. 1909).

W Niemczech powstał centralny komitet dla pielęgnowania zębów w szkołach (Deutsches Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen). Ma on za zadanie zapobiegać i zwalczać próchnienie zębów we wszystkich warstwach ludności, jak również wdrażać zasady higieny jamy ustnej przez 1) odczyty publiczne; 2) wydawnictwa popularne; 3) wprowadzenie higieny zębów do wykładów we wszystkich kategoryach szkół; 4) popieranie dążenia do racyonalnego pielęgnowania zębów wśród ludności; 5) opis wszystkich już istniejących urządzeń szkolnych dla walki z próchnieniem zębów i urządzanie nowych, w końcu 6) oddziaływanie na urzędy państwowe i miejskie dla osiągnięcia celów komitetu. Na czele komitetu stoją wybitni profesorowie i dentyści. (Berl. Zahn. Halb. Nr. 3. 1909).

St. Kon-Feldblumowa.

OD WYDAWCÓW.

Zeszyt niniejszy kończy tom pierwszy naszego wydawnictwa. Wbrew pesymistycznym przewidywaniom nie zabrakło nowemu wydawnictwu ani materyału literackiego, ani środków materyalnych, o czem najwymowniej świadczy fakt, iż tom pierwszy zawiera 40 arkuszy druku, zamiast 20, które zobowiązaliśmy się wydać.

»Przegląd pedyatryczny«, jak dotąd, spełnia postawione sobie zadanie skupiania rozproszonych sił pedyatrycznych i pobudzania do pracy literackiej; mamy nadzieję, że w przyszłości oprócz tego pobudzi do podejmowania prac ścisłych, doświadczalnych i zrówna tym sposobem choć częściowo poziom naszej rodzimej pedyatryi z poziomem pedyatryi w społeczeństwach zachodnich. Pod tym względem nowootwarta klinika pedyatryczna lwowska budzi w nas największe nadzieje.

Powodzenie swoje zawdzięcza wydawnictwo przedewszystkiem doświadczonej i pełnej poświęcenia pracy redaktora technicznego Prof. Dra St. Ciechanowskiego; na jego barkach spoczywała praca najtrudniejsza, bo w rzeczywistości i główne prowadzenie czasopisma i dbałość o czystość i jednostajność języka i cała techniczna strona wydawnictwa. Z niepokojem też spoglądalibyśmy w przyszłość wobec ustąpienia dotychczasowego kierownika, gdyby nie przeświadczenie, że wydawnictwo, dzięki jego umiejętnej, a ofiarnej pracy weszło już na pewną drogę i że

w osobie nowego redaktora naczelnego, doświadczonego pedyatry i długoletniego zasłużonego redaktora »Przeglądu lekarskiego«, Dra A. Kwaśnickiego, zyskuje nasze czasopismo na tej nowej drodze kierownika, który poprowadzi je biegłą i życzliwą ręką. Składając na tem miejscu serdeczne podziękowanie Prof. Ciechanowskiemu za Jego ofiarne trudy dla »Przeglądu pedyatrycznego«, tuszymy, że najmilszą Mu będzie podzięką z naszej strony dalszy pomyślny rozwój wydawnictwa, do którego narodzin tak dzielnie i pracowicie się przyczynił.

SPIS RZECZY

zawartych w tomie I.

I. Artykuły oryginalne.

II. Sprawozdania poglądowe.

III. Streszczenia.

IV. Oceny.

V. Ruch w Towarzystwach.

VI. Korespondencye.

VII. Wiadomości bieżące.

VIII. Wspomnienia pośmiertne.

Alfabetyczny spis nazwisk.

(Liczby drukiem tłustym oznaczają artykuły oryginalne).

Spis alfabetyczny przedmiotów.

Każdy zeszyt »Przeglądu pedyatrycznego« zawierać będzie około 5 arkuszy druku. **Przedpłata roczna** wynosić będzie **4 ruble, 10 koron, 9 marek.** Cena pojedynczego zeszytu wynosić będzie 1 rbl., 2·50 kor., 2·25 mk.

Pragnąc uprzystępnić korzystanie z naszego wydawnictwa szerszym kołom lekarzy, upraszamy redakcye tych pism lekarskich polskich, które zechcą swym prenumeratorom rozsyłać »Przegląd pedyatryczny« jako dodatek płatny i w zamian zrobią pewne ustępstwa w cenie swych wydawnictw wydawcom i prenumeratorom »Przeglądu pedyatrycznego«, o zawiadomienie o tem administracyi i podanie żądanej liczby egzemplarzy. W takich warunkach liczyć będziemy redakcyom **2 rb., 5 kor., 4·50 mk.** rocznie. Zeszyty »Przeglądu pedyatrycznego« będą w takim wypadku rozsyłane czytelnikom razem z prenumerowanym przez nich tygodnikiem lub miesięcznikiem.

Przedpłatę przyjmuje

Administracya „Przeglądu Pedyatrycznego“

(Kraków, ul. Strzelecka, Szpital św. Ludwika).

Zeszyt I. otrzymać można na okaz na żądanie bezpłatnie.

Od Redakcyi.

Autorowie prac oryginalnych, drukowanych w »Przeglądzie pedyatrycznym«, otrzymać mogą 50 odbitek, jeżeli tego wyraźnie zażądają. Redakcya uprasza autorów, by na końcu każdej pracy umieszczali w rękopisie wyniki jej w postaci krótkich wniosków, dołączając, ile możności, tłómaczenie tych wniosków na język francuski lub niemiecki.

Od Redakcyi.

W sprawach redakcyjnych należy się zwracać do jednego z wymienionych redaktorów lub do redaktora technicznego (Kraków, Wielopole 4, Redakcya »Przeglądu lekarskiego«).

Wydawca: J. Filipowski. Odp. Redaktor: Prof. Dr St. Ciechanowski.